FELIPE LECANNELIER

EL TRAUMA OCULTO EN LA INFANCIA

Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales

Índice

Cubierta
Presentación
Capítulo 1
Capítulo 2
Capítulo 3
Capítulo 4
Reflexiones finales
Notas
Créditos

En mi inicio, está mi fin

T. S. ELLIOT.

Soy todos los hombres que están mal,
por todos aquellos que no están

Canción de Nkwambe

Congreso

Si miramos más allá de la lista de síntomas específicos
que implican los diagnósticos psiquiátricos formales,
encontramos que casi todo el sufrimiento humano implica
o dificultades en la creación de relaciones satisfactorias,
o dificultades en regular la activación (emocional)…
usualmente es la combinación de ambas.

Te Body Keeps the Score
B. V. DER KOLK

Presentación

El trauma en la infancia ha sido histórica y sistemáticamente negado, olvidado, ocultado, silenciado, normalizado, rechazado, excluido, criticado y enterrado. A los adultos nos ha costado siglos expandir la conciencia empática hacia el sufrimiento infantil, ya que en los albores de la civilización los malos y aberrantes tratos a los niños fueron la norma y la forma cotidiana de relacionarse con ellos. Cuando pensamos en la palabra «trauma» nos suelen pasar muchas cosas a nivel emocional y mental. Podemos pensar que es algo muy grave y que deja a la persona marcada para siempre, o también podemos sentir que es algo que les ocurre a otros niños, a aquellos que viven en pobreza o en condiciones socioeconómicas muy vulnerables, o lo vinculamos automáticamente con alguien que ya tiene un trastorno psiquiátrico. Incluso podemos imaginarnos que aquellos niños que han sufrido maltrato físico, abuso sexual y negligencia son los únicos que viven el trauma (y esos niños viven lejos de uno, en otras ciudades, barrios, pueblos e instituciones). Más aún, lo que podríamos llamar «maltrato de clase alta» se encuentra institucionalmente silenciado y negado, tanto por padres y profesionales, por lo que no se poseen datos sobre los tipos y prevalencia (pero todo profesional clínico de la salud mental sabe, por su experiencia, que es una realidad oculta). Pero, como veremos, el trauma es mucho más que esos tres tipos de vulnerabilidades y, por sobre todo, es mucho más frecuente de lo que la gente piensa.

Una interrogante que ha rondado en mi mente por años es por qué a muchos adultos les es tan difícil ver, reconocer y tomar conciencia del dolor en la infancia. Esa interrogante empezó a surgir en mí cuando en 2003 empezamos a hacer estudios sobre el fenómeno del bullying. En los colegios y organizaciones privadas y gubernamentales adonde íbamos a pedir financiamiento para realizar esos estudios, recibíamos respuestas del tipo: «¿por qué quieres estudiar eso, si es tan típico y normal en los colegios?», «¿cuál es el sentido de querer convertir algo normal en un problema para los colegios?», «muchos alumnos viven eso cotidianamente, pero son resilientes y lo superan fácilmente», «hemos tenido un par de casos en los últimos tres años, pero esos alumnos ya fueron expulsados», «¿qué es esa palabra tan rara, *bullying*?».

Este tipo de respuestas las escuchábamos constantemente, no solo de parte de los padres, sino también de los educadores, directores, psicólogos, psiquiatras, pediatras e incluso de parte de quienes tomaban decisiones a nivel gubernamental.

Dado que ya se había estudiado mucho de la evidencia sobre los efectos negativos (y a veces devastadores) del bullying, era muy difícil comprender que los adultos no solo quisieran negar el fenómeno, sino que buscaran silenciarlo para no involucrarse. Podemos hipotetizar mucho sobre la carencia de conciencia empática hacia el dolor infantil, pero el punto central es cómo modificar nuestros estados mentales y emocionales hacia eso que nadie quiere hablar ni mirar ¡ni cambiar! Es por eso que los expertos en el trauma consideran que una tarea urgente a realizar es empezar lo que ellos llaman un «proceso de sensibilización». Es decir, se hace imperioso sacar a la luz toda la evidencia e información oculta que sabemos del dolor infantil, haciéndolo de un modo accesible para todos los adultos (profesionales dedicados a la infancia y no profesionales) que puedan interesarse en el tema. Como se irá viendo, esto no solo afecta a aquellas personas que hayan sufrido abusos, malos tratos o negligencia, sino que a los miles de niños (o personas cercanas a esos niños) que hayan experimentado algún accidente automovilístico, un terremoto, bullying en el colegio, una operación quirúrgica a temprana edad, la pérdida de un ser querido, o incluso haber sufrido alguna caída o accidente en bicicleta. Ya sabemos que si no se hace esa primera tarea de generar conciencia y sensibilización, el dolor y el trauma en la infancia será algo que permanecerá solo en las caóticas, desorganizadas y terroríficas vivencias de los niños, sin que haya adultos que generen espacios de contención, comprensión y validación del horror del trauma.

Ese es el principal objetivo de este libro: dar a conocer de un modo simple y concreto lo que sabemos actualmente del trauma temprano, a nivel biológico, emocional, psicológico y social. El propósito último es poder despertar en el lector, aunque sea momentáneamente, una conciencia de que miles de niños viven diversas situaciones dolorosas que no pueden manejar por sí mismos, que muchos de esos niños viven más cerca de lo que uno piensa, sean familiares, amigos de nuestros hijos, alumnos o nuestros propios hijos. Entonces, cuando esa conciencia se despierta, suceden cosas, y una de las más importantes es que se empieza a ver lo que no se quiere ver y se empieza a creer lo que se ve, y cuando uno mira detenidamente ese dolor que hemos aprendido a no ver, quizás surja una acción para ayudar a ese niño. En ese sentido, la sensibilización se

convierte en acción, y a partir de ahí muchas cosas buenas pueden pasar para ayudar a paliar o disminuir el dolor oculto en la infancia.

Pero ¿qué es el trauma?, ¿por qué usar esa palabra que parece tan extrema? ¿por qué no usar otra palabra menos directa e impactante? Recuerdo en una ocasión haber dado una conferencia sobre un programa de trauma que he ido desarrollando durante los últimos seis años (que se llama Programa de Apego & Trauma Complejo), y un grupo de personas que trabajaban en el ámbito público se me acercó para decirme algo así como «nos encantaría poder implementar tu programa, pero nos complica que uses la palabra *trauma*, ya que eso podría alarmar innecesariamente a los padres, así que sería ideal que la pudieras cambiar por otra palabra, como *vulnerabilidad*». En ese momento me di cuenta de que el no querer hablar de lo que se debe hablar se puede encontrar incluso en aquellas personas que cotidianamente trabajan con el dolor infantil.

Pero aclaremos ciertas cosas: etimológicamente, la palabra «trauma» viene del griego «herida», «daño» o «derrota». Existen muchas definiciones de trauma, pero en general se refiere a un evento y experiencia que amenaza la integridad física y psicológica de la persona, dejándolo en un estado de alta vulnerabilidad. El evento debe constituirse en una amenaza real o percibida por la persona, en donde su organismo es incapaz de restaurar sus niveles homeostáticos normales, debido a que los índices de enfrentamiento de la situación se vuelven inmanejables. Es decir, el trauma se relaciona con lo que el ser humano ya no puede tolerar y enfrentar, pasándole la cuenta en todos los niveles y ámbitos de su ser (a corto y largo plazo).

Para los propósitos de este libro, es importante ya partir con ciertas aclaraciones. Usualmente se suele confundir el «evento traumático» con la «experiencia traumática», tratándolos como dos conceptos indiferenciados. Por ejemplo, cuando uno le pregunta a un profesional ¿qué le ocurre a la niña?, muchas veces la respuesta es *fue abusada por un tío*, o *es un niño maltratado*. Pero esas respuestas referidas al evento traumático NO explican la experiencia que el niño o la niña vivieron. Tampoco explican todos los procesos psicobiológicos que ha generado esa experiencia desorganizada y, por sobre todo, mucho menos la reacción de los cuidadores principales antes y después de la experiencia (tema fundamental que veremos más adelante). Por lo tanto, un primer paso para comprender el dolor oculto en la infancia es poder dar una explicación integrada de lo que le ocurre al niño, en su experiencia individual y relacional, donde no basta solo

con mencionar el evento, como si todos los niños experimentaran todas las situaciones traumáticas de la misma forma.

El segundo aspecto a tener en cuenta durante todo el recorrido del libro, es que cuando se mencione el tema del trauma nos referiremos, más específicamente, a lo que llamamos **trauma complejo**. Lo explico: uno de los hitos que despertó el estudio del trauma en el siglo XX estuvo relacionado con las reacciones y síntomas de las personas que habían estado en situaciones de guerra. Durante la I y la II Guerra Mundial, estos síntomas eran interpretados como «debilidad de carácter» o «fragilidad de la personalidad», asumiendo que estos eran más bien causados por la persona más que por los acontecimientos terroríficos de la guerra. Posteriormente, en la guerra de Vietnam se reconoció e investigó que las personas que retornaban a sus hogares habían cambiado completamente: se volvían agresivos sin razón aparente, caían fácilmente en el abuso del alcohol y las drogas, experimentaban constantes pesadillas, ataques de angustia, depresión, intentos de suicidio, maltrato familiar y conductas temerarias (como buscar peleas o hacer acciones de extremo riesgo). En ese sentido, Estados Unidos empezó a financiar múltiples estudios y tratamientos para tratar este mal que tenía todas las características de una «epidemia postguerra».

Existen muchos libros y documentales sobre el tema y, en general, los veteranos de guerra reportaban estar viviendo una verdadera pesadilla que se experimentaba como si la guerra, y todas las atrocidades vividas y realizadas, siguieran latentes y presentes en sus mentes y cuerpos. A esto se le llamó «Síndrome de estrés postraumático», y en la actualidad sigue siendo la categoría obligada para diagnosticar a las personas que han sufrido experiencias traumáticas.

Pero esa es una categoría insuficiente e inexacta para retratar el dolor oculto en la infancia. ¿Por qué? Primero, y puesto de una forma muy simple, miles de niños viven actualmente en una situación traumática, ya que el «post» no ha llegado aún. Es decir, a diferencia de los veteranos de guerra quienes ya no están en combate, miles de niños siguen estando en una «zona de guerra», que en la mayoría de los casos es su hogar (o instituciones tipo residencia). En segundo lugar, se ha encontrado que los síntomas típicos del estrés postraumático, que son el reexprimentar el trauma a través de flashbacks, recuerdos repetitivos o pesadillas; la evitación/anestesiamiento, que trata de la actitud de evitar cualquier estímulo que recuerde el trauma y reaccionar de una manera abúlica, despreocupada de todo, y la excitabilidad/irritabilidad que se refiere al

descontrol y estallidos emocionales, hipervigilancia, falta de apetito, temor, no dan cuenta de la complejidad experiencial que viven muchos niños. Y, en tercer lugar, se ha demostrado que para que ocurra una experiencia traumática, la persona no tiene que necesariamente vivir una guerra, o ser abusada sexualmente, sino que la lista de experiencias traumáticas es mucho más amplia de lo que se pensaba. Finalmente, y no menos importante, a la categoría de estrés postraumático le falta lo más esencial de todo: el rol fundamental que tiene el vínculo de apego del niño, tanto como causa así como en cuanto solución a la experiencia del trauma.

¿Cómo comprender e identificar, entonces, a estos niños, en quienes el trauma sigue estando presente, incluso desde temprana edad, y para quienes los cuidadores juegan un rol organizador en toda esa experiencia? Los expertos llevan ya años acuñando el término **trauma complejo** (TC) o **trauma complejo del desarrollo**, para referirse a «la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo del niño» (van der Kolk, 2005)[1]. El TC es diferente al estrés postraumático ya que, en el primero, el niño experimenta o ha experimentado diversas situaciones traumáticas generalmente proveniente de los cuidadores principales, y en muchas ocasiones lo traumático es lo cotidiano de sus vidas. Debido a lo anterior, los efectos negativos en el desarrollo del niño son devastadores a través de todo el ciclo vital.

¿Cómo distinguir a un niño que está sufriendo o ha vivido TC?

La tabla 1 explica de un modo sintético las cuatro características principales del TC.

Estar o haber sido expuesto a múltiples experiencias traumáticas	Maltrato, abuso, negligencia, violencia intrafamiliar, accidentes, bullying, pérdida de personas significativas, etc.
Desorganización sistémica del cuerpo y la mente	A nivel biológico, somático, emocional, cognitivo, psicológico, relacional, social y cultural.
Representación e imagen de la realidad y de sí mismo alterada	Autoestima extremadamente negativa, desconfianza de los otros, inseguridad emocional, autorresponsabilidad y culpa, visión desamparada del presente y el futuro.
Alteración en todos los ámbitos de la vida	A nivel familiar, educacional, vocacional, legal, con pares y con la sociedad.

Para quien observa a un niño que vive TC, la experiencia es muy confusa, ya que el infante suele tener reacciones a veces muy descontroladas y otras veces completamente pasivas e impávidas. A veces suelen ser niños que parecen muy hiperactivos, y otros sorprenden por su inmovilidad. Otras veces son niños que pueden ser muy agresivos con los demás, pero en otros momentos pueden aferrarse a cualquier adulto en busca de un mínimo de cuidado. Otras veces presentan conductas que parecen muy extremas (como, por ejemplo, defecar en una mesa), y otras veces parecen completamente indiferentes frente a eventos que son traumáticos (como ver al padre golpear a la madre).

Es por esta razón que estos niños confunden mucho a los profesionales y los padres, y desafortunadamente se ha demostrado que es bastante probable que el niño transite por psiquiatras, psicólogos y neurólogos, quienes diagnosticarán trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante. Los psicólogos pensarán que el niño tiene problemas en la regulación y el control de sus emociones, o que tiene un trastorno del apego. Los educadores verán a un niño muy descontrolado o con depresión, y así sucesivamente, pero no lograrán comprender que el niño tiene lo que llamo una *constelación traumática*, es decir, una constelación de síntomas, conductas y reacciones que expresan intentos desesperados del niño por buscar **maximizar el vínculo de apego** con los otros y, por sobre todo, **minimizar sus experiencias somáticas, emocionales y mentales** que se viven como completamente caóticas, desorganizadas, insoportables e inmanejables. Quiero recalcar que, además de todo el sufrimiento que suelen vivir estos niños, generalmente van a transitar por una serie de profesionales, donde cada uno les hará un diagnóstico diferente, con medicaciones diferentes, sin poder comprender realmente su constelación traumática como una configuración organizada (y adaptativa) del niño para tratar de lidiar con sus vivencias traumáticas.

A estas alturas, el lector quizás estará pensando que este libro es de casos extremos, o que más bien parece un libro para los niños del Sename, o que estamos hablando de niños que han sufrido traumas extremos y crónicos en su vida (lo que quizás no se relaciona con la experiencia cotidiana de uno). Pero lo que se demostrará es que el TC no es algo que le pasa a los otros niños, o a los que necesariamente viven pobreza o abandono, o tampoco a los que creen que las únicas experiencias de vulnerabilidad infantil son el maltrato físico, el abuso sexual o la negligencia. El TC es lo que llaman

actualmente una epidemia oculta (a niveles de lo que es la enfermedad del cáncer), presente en la mayoría de las sociedades del mundo, y la razón por la que solemos pensar en que es un problema de «los otros niños» es porque no hemos desarrollado la conciencia empática para verlos y comprenderlos. Este libro pretende ser un pequeño aporte en ese sentido.

El recorrido que haremos es el siguiente: en el capítulo I partiremos hablando de la historia oculta de los tratos hacia la infancia desde los inicios de la Antigüedad, dando ejemplos de cómo se solía criar a los niños en los últimos veinte siglos y demostrando que es bastante probable que el TC lleve destrozando las vidas de miles de niños desde los albores de la civilización. Posteriormente, entregaré datos que evidencian que el TC es mucho más frecuente y masivo de lo que se piensa, pero, por sobre todo, que sus peores efectos se encuentran cuando se produce durante los primeros tres años de vida (el periodo cuando los niños suelen sufrir más trauma). En el capítulo 2 nos adentraremos en una comprensión de la complejidad del TC, y en cómo empieza a organizar el cuerpo, la mente y las emociones de los niños. Afortunadamente, hay mucha evidencia desde la biología, la neurociencia, la psiconeuroinmunología y la psicología que nos apoyarán en este recorrido.

En la experiencia del TC, la diferencia fundamental entre experimentar un evento traumático y organizar una experiencia traumática, reside en el nivel de **seguridad emocional** que el niño ha desarrollado con sus cuidadores principales y con otros adultos. Esta seguridad emocional, que se vive de un modo esencialmente visceral, es proporcionada por la calidad del apego del niño hacia los adultos. Por eso, el apego se constituye en una especie de «escudo de protección» del TC, aunque, desafortunadamente, muchas veces ese escudo es débil, resquebrajado y/o inexistente en las experiencias constantes de dolor infantil. Entonces, debido al rol central que el apego tiene en el desarrollo de la experiencia traumática es que dedicaremos un capítulo a ese tema y, más específicamente, a lo que podemos llamar «apego desorganizado y cuidado desorganizante» (capítulo 3).

En los últimos quince años, junto a unos colegas hemos desarrollado una metodología de fomento de la seguridad del apego en los niños, en diversos contextos de su vida cotidiana (hogar, salas cuna, jardines infantiles, lugares de adopción, etc.). Esta metodología se llama A.M.A.R., y fue el tema principal de mi libro anterior, *A.M.A.R. Hacia un cuidado respetuoso de apego en la infancia*, publicado por Ediciones B. Los

programas de intervención A.M.A.R. tienen como objetivo el fomento y desarrollo en los adultos de las capacidades de un cuidado respetuoso, basados en la Atención-MentalizaciónAutomentalización-Regulación de diversas situaciones propias de la vida cotidiana de un niño, especialmente aquellas relacionadas con el estrés y las emociones negativas. Dentro de los múltiples programas que componen esta metodología, he desarrollado durante los últimos años una intervención llamada Programa de Apego & Trauma Complejo para niños pequeños (de cero a cinco años) que sufren o han sufrido TC. En el capítulo 4 daré algunas guías concretas sobre cómo aplicar el programa A.M.A.R. y cómo comprender el TC, basadas en ese programa. Finalizaré con algunas reflexiones sobre cómo seguir avanzando en esta conciencia, de modo de hacer visible esta epidemia mundial.

Antes de empezar este camino hacia la conciencia, sensibilización y acciones beneficiosas para el TC, algunas aclaraciones importantes: primero, al igual que en mi libro anterior, se mantiene el uso de la palabra «cuidador» (y no necesariamente padre, madre o parentalidad) con el objetivo de remarcar que en el desarrollo de esta sensibilización hacia la infancia somos todos los adultos los que debemos tomar conciencia activa hacia el bienestar de los niños. Actualmente ya sabemos que existe una discordancia entre la responsabilidad que se le asigna a los padres en el desarrollo de sus hijos y la cantidad de tiempo que solemos pasar con ellos. Es de mi creencia (y de la de otros) que esto debe remediarse a través de «ampliar las redes de cuidado respetuoso», en donde todos los adultos somos responsables. Asimismo, evidencias antropológicas han ido demostrando cada vez más que el modelo «madre-bebé» es más bien un producto histórico de la vida moderna, más que una concepción natural de la crianza. Una segunda aclaración muy importante es que, si bien este es un libro sobre el trauma a través de la vida, su foco principal estará destinado a los niños durante sus primeros tres a seis años de vida. ¿Por qué? Primero, porque a diferencia de lo que se pensaba, los peores efectos y los mayores traumas ocurren durante los primeros años de vida. En segundo lugar, aquellos traumas que ocurren en el inicio de la vida suelen ser los que mayores secuelas negativas tienen a largo plazo. Sin embargo, creo importante aclarar que el lector irá encontrando que el libro tiene amplias aplicaciones y reflexiones para el trauma en la vida adulta. En tercer lugar, una aclaración formal en relación a las citas: dado que es un libro que pretende ser de acceso a todo público, solo me centraré en dar referencias que considero son útiles (pero no obligatorias) para el conocimiento del

lector. Desafortunadamente, la mayor parte de estas se encuentran en lengua inglesa, lo que viene a demostrar que esta temática sigue siendo muy joven en países iberoamericanos[2]. Finalmente, una razón netamente de ayuda preventiva: mientras más temprano podamos identificar y comprender el trauma en los niños, mejores posibilidades tendremos de modificar un camino de vida hacia la seguridad emocional y el bienestar adaptativo.

Entonces, empecemos.

Capítulo 1

TRAUMA Y DOLOR EN LA INFANCIA: HISTORIA Y EVIDENCIAS

Uno de los principales (y más sinceros) historiadores de la infancia es Lloyd de Mausse, quien en su libro *La evolución de la infancia* plantea que «la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de puericultura (crianza) y más expuestos están los niños a la muerte violenta, al abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales»[3].

No es el objetivo de este capítulo dar una descripción cronológica de la historia de la crianza desde la etapa de los cazadores-recolectores hasta la etapa actual (hay muchos libros dedicados específicamente a este tema), sino más bien retratar, con algunos ejemplos de prácticas en diversos momentos, la aseveración de lo que Lloyd de Mausse afirma en su cita. Partiendo con solo un ejemplo específico: en la Edad Media, el empezar a caminar era requisito para que un niño trabajara; dar azotes cotidianos en el hogar o en la escuela era una práctica habitual en el siglo XVII.

Otro de los grandes (y escasos) historiadores de la infancia, Phillipe Aries, planteó que en una época el abuso sexual, cometido esencialmente a través de tocaciones, era una «tradición generalizada» en las familias de los distintos estratos sociales. Alan Valentine, otro historiador, analizó 600 años de cartas de padres a sus hijos, y no encontró en ninguna mensajes que incluyeran seguridad, contención, cariño, compromiso y dedicación a sus hijos. Las palizas eran prácticas tan comunes en la historia, que los adultos no dudaban en justificarlas como parte de su educación moral y espiritual.

Cuando uno se adentra en el pasado, más horribles eran los castigos a los niños, utilizando trabas en los pies, esposas, mordazas, o bien el encierro durante semanas en cubículos. En la Edad Media se permitía azotar a los niños hasta sangrar, pero cuidando que no murieran. Ya en el Renacimiento, el consejo era azotar a los niños pero de un modo moderado, sin golpearlos en la cabeza o en la cara, por ejemplo, sino más bien en los costados, ya que eso no les causaría la muerte. En los siglos posteriores (XVIII y XIX) se plantea que el uso del castigo severo fue más bien reemplazado por el encierro. A los niños se los solía encerrar en cuartos oscuros, donde podían permanecer horas. En otras ocasiones simplemente se los dejaba solos largamente en su pieza, sin comida.

Los datos históricos muestran que hasta antes del siglo XX era también costumbre dejar solos a los niños, mientras los padres salían fuera de la casa. Estos datos se han corroborado también por el hecho de que un gran número de niños sufría constantes caídas, quemaduras y ahogamientos (llegando incluso a la muerte). A nivel religioso, durante 800 años se creyó comúnmente que el niño nace «mancillado y corrompido por el pecado», el que debe ser sacado de su cuerpo a través del dolor y el sacrificio. De esto derivó una gran variedad de prácticas maltratadoras que ya se han enunciado. Más aún, la intensidad del llanto del niño era considerada como una expresión del espíritu demoniaco que aquel poseía, hasta el punto de que si el bebé no paraba de llorar, su muerte a manos de sus progenitores era el destino inevitable.

Es bien conocida la práctica de dejar al niño envuelto en fajas durante el primer año. Se plantea que esta práctica tenía el sentido de evitar que el niño pudiera tomar alguna forma maligna, o escaparse como un animal, o arrancarse los ojos o los brazos, o tocarse los genitales, o simplemente deformarse. La idea de la faja era envolver todo su cuerpo de un modo muy ajustado, privándolo de cualquier tipo de movimiento, pareciendo un tronco de madera, pero muchas veces provocándole heridas en la piel e interrupción de la circulación. En tal creencia nuevamente subyace la idea del bebé como un ser esencialmente maligno que debe ser amarrado para no dar rienda suelta a sus pasiones animales. Pero los expertos dan otra razón del uso generalizado durante siglos de la faja: permitía a los adultos hacerse menos cargo y prestar menos atención a sus hijos. Los datos de la época demostraban que esta práctica dejaba a los niños más pasivos, dormían toda la noche sin despertarse, lloraban menos, y en general mostraban una conducta más tranquila y obediente. Debido a lo anterior era una práctica altamente recomendada en múltiples países y culturas por los médicos de la época, y todavía es recomendada en algunos blogs de crianza como contención de los bebés.

Otra de las prácticas habituales era asustar a los niños con máscaras o atuendos fantasmales. Abundan las historias en las que monstruos, fantasmas o brujos se comían a los niños, o los raptaban, los hacían pedazos, les chupaban la sangre. En la Edad Media eran principalmente los brujos y los demonios, pero posteriormente se llegó incluso a acudir a la imagen de Dios como un ser capaz de torturar a los niños. En épocas más contemporáneas se hablaba del «cuco» o del «hombre del saco». Todas estas prácticas tenían, en general, el objetivo de disciplinar y controlar a un niño que no era capaz de tener manejo de sus emociones, pudiendo manifestar conductas aberrantes tales como

llorar, no hacer caso a los adultos, e incluso protestar por algo y, por ende, se explicaban siempre que eran para su propio beneficio. Dentro de este tipo de prácticas, una menos conocida, pero al parecer muy frecuente, era mostrarles cadáveres a los niños de modo que aprendieran a superar el miedo a la muerte. Muchos padres solían llevar a sus hijos a la morgue o a cementerios, y los hacían ver y hasta tocar los cadáveres, para posteriormente azotarlos con el objetivo de que no olvidaran lo que habían visto, y aprendieran la importancia de la vida y la muerte.

Incluso en las revisiones exhaustivas que se han hecho sobre las menciones de los niños en la Biblia, se ha demostrado que están cargadas de temas relacionados con el sacrificio de los niños, lapidaciones, azotes, obediencia estricta, amor y respeto incondicional a los padres, y el rol del niño como portador del nombre de su familia.

Otra forma de maltrato que se ejerció durante la historia es lo que actualmente los psicólogos llaman «inversión de roles» o «parentalización». Aquí el niño viene a ser el padre de sus padres. El niño viene al mundo a cuidar a sus padres y, por ende, debe ser representado como una versión en miniatura de ellos. Esa es una de las principales razones por las que se los vestía igual que los adultos, o se les pedía que se comportaran con los mismos modales y actitudes que ellos. Pero la historia relata casos un poco más extremos (y hasta escabrosos) de esta tendencia a la inversión de roles: en algunas ocasiones, los padres y las nodrizas solían succionar los pechos del bebé, pensando que ellos llevaban leche sobrante de sus madres. Incluso se reportan prácticas según las cuales los adultos solían besar y lamer la boca de sus hijos, casi como una actitud de invertir el rol del adulto como un bebé que necesita todavía de la oralidad para lograr satisfacción.

Un caso menos extremo es la tendencia histórica de que los niños, desde muy corta edad, tienen que colaborar en las tareas del hogar, donde esta colaboración no es una «ayuda voluntaria», sino que es un deber a cumplir cotidianamente. Meredith Small[4], una famosa etnopediatra, relata casos de ciertas culturas cazadoras-recolectoras que sobreviven en la actualidad, en donde los niños deben cumplir tareas similares a las de los adultos, tales como cocinar, cargar cosas, cazar y, por sobre todo, cuidar de sus hermanos menores. Sin embargo, ella plantea que, aunque eso es cercano a lo que podríamos llamar trabajo infantil, el seguimiento de estos niños hasta la adolescencia no demuestra que esta carga temprana de trabajo les afecte en su desarrollo socioemocional.

Ellos lo viven como ser parte de un clan o una familia, y es su deber hacer las mismas tareas que los adultos.

En un nivel más profundo, observando de manera muy específica interacciones de padres y sus hijos pequeños, no es extraño ver en la actualidad a niños que consuelan a sus padres cuando están llorando, o incluso bebés que se acercan, besan y abrazan a sus cuidadores cuando perciben que ellos están emocionalmente afligidos. En mi práctica investigativa, durante la cual he tenido la oportunidad de analizar cientos de videos de interacciones, el consuelo del niño hacia el adulto es mucho más frecuente de lo que se piensa, y puede tomar formas muy sutiles. Recuerdo a una madre muy afligida por su depresión posparto, que cada vez que mencionaba lo triste e incapaz que se sentía para cuidar a su hijo de 14 meses, el niño jugaba en el otro extremo de la sala, pero cada vez que la madre lloraba, el niño se acercaba a ella y le mostraba un juguete, o la empujaba para que fueran a jugar juntos, y algunas veces simplemente la abrazaba y se quedaba tranquilo en sus brazos. Es más, si el lector hace el ejercicio de buscar por Google pinturas antiguas de interacciones madre/bebé, verá muchas en donde la madre parece impávida, y es el niño quien la besa, la abraza y la mira. En la actualidad, se sabe que este tipo de cuidado basado en la inversión de roles suele ser perjudicial para el desarrollo del niño, ya que en esas instancias el menor es el que protege al adulto, y no a la inversa. Lo anterior, cuando se repite a través del tiempo (como un patrón de cuidado), suele dejar al infante en una situación de desprotección y estrés no contenido, que afecta su nivel de seguridad emocional. Como se entenderá a la hora de explicar el concepto de apego, esto implica que el cuidado se transforma en uno donde es el adulto el que se apega al niño (al buscar consuelo en este), y no a la inversa.

Aunque actualmente poseemos datos confiables del poco tiempo que los padres pasan con sus hijos (una hora al día en el caso de los padres, y dos a tres horas al día en el caso de las madres), y esto está siendo objeto de un intenso debate sobre el bienestar de los niños en el mundo moderno actual (como se analiza en mi libro *A.M.A.R.*), la realidad es que históricamente, hasta los siglos XVIII y XIX, el niño promedio de familia acomodada era criado por nodrizas y después por sirvientes hasta que acudían a escuelas tipo internados. La interacción con los padres era mínima, por no decir inexistente. Pero esta forma de abandono fue más radical antes del siglo X, cuando la venta y esclavización de los niños era una práctica habitual. A veces se los utilizaba como rehenes políticos o como moneda de cambio en las guerras. Asimismo, enviar a los niños

a vivir con otras familias, por diversas razones, hacía parecer que en esa época el niño era simplemente un objeto (a veces de menor categoría que los animales), del cual el padre era el dueño y, por ende, tenía toda la libertad (y las leyes) para hacer de él lo que le placiera.

La práctica del amamantamiento, que en la actualidad está más que demostrado que es esencial para la vida y desarrollo del niño, y frente al cual existen campañas, organizaciones y movimientos que promueven la lactancia prolongada, en los tiempos anteriores era considerada literalmente una aberración. Las madres entregaban a sus bebés a las nodrizas, quienes los amamantaban (y no solo eso, ya que también es sabido que en siglos anteriores era mucho más alta la probabilidad de que un niño muriera a manos de una nodriza que de una madre). Las nodrizas existen de los periodos cuando emerge la agricultura (aproximadamente diez mil años antes de Cristo), y se plantea que su mantención era en gran parte debido al hecho de que a las madres (y a los padres) les resultaba repulsivo el acto de amamantamiento. Se pensaba que la leche de una nodriza de clase inferior era sangre que se transformaba en leche y que pasaba al cuerpo del niño, corrompiéndolo para siempre. A pesar de esto, la mayoría de las familias dejaba a sus hijos con nodrizas, incluso con aquellas que no tenían los medios económicos para hacerlo. Esta costumbre persistió en algunos países de Europa (tales como Alemania), hasta principios del siglo XX.

Un dato curioso es el uso de los andadores: hay registros históricos de los siglos XVI a XIX de que los niños ya usaban andadores de madera, y era costumbre tenerlos todo el día dentro de estos aparatos. Al igual que en la actualidad, se los justificaba como medio para fortalecer la musculatura y el desarrollo psicomotriz del niño, pero se plantea que de hecho se usaban para evitar que el niño gateara, ya que esa conducta era más propia de los «animales».

Muchos historiadores concuerdan en que el tema del abuso sexual es el menos registrado y conocido dentro de la historia de la infancia. Sin embargo, es bien sabido que en la Antigüedad el niño vivía desde temprana edad en un mundo de abuso y manipulación sexual. En Grecia y Roma, los niños eran utilizados como objetos sexuales, bajo diferentes formas y contextos. Se han registrado burdeles de niños, o bien eran utilizados como esclavos sexuales; la relación maestro-estudiante también solía ocurrir bajo un contexto de abuso sexual del primero hacia el segundo, e incluso se plantea que los abusos ocurrían desde los primeros meses de vida, a través de juegos y

tocaciones que sucedían, por ejemplo, en el momento del baño. Lo interesante de estos hechos es que en esas épocas los niños estaban bajo el control absoluto de sus padres, por lo que es imposible pensar que aquellos actos de abuso sexual no hubieran ocurrido sin su consentimiento. Se plantea que posteriormente se fueron elaborando leyes, especialmente contra la sodomía hacia los niños. Otra forma de maltrato sexual, bastante generalizada, era la castración de los niños. La razón no es del todo conocida, pero se plantea que a muchos adultos les excitaban más los niños castrados, aunque otra causa estaba relacionada con la creencia de que ese procedimiento protegía a los niños de muchas enfermedades.

Posteriormente, el cristianismo introdujo la idea de que los niños eran puros e inocentes, y que el ideal del hombre era alcanzar esa pureza. Con esto iba aparejada la noción de que los niños no comprenden la sexualidad, lo que desafortunadamente condujo a la justificación de que los abusos no tenían repercusiones negativas en ellos y, por ende, no les hacía daño, ya que no comprendían lo que les estaba sucediendo. En la actualidad, este sigue siendo el argumento de muchos pedófilos.

Aunque se hipotetiza que desde la Edad Media los abusos sexuales fueron disminuyendo a través de leyes que prohibían (en cierta medida) el contacto carnal con niños, a partir del siglo XVIII los abusos tuvieron un cambio hacia el castigo físico en el niño por tocarse los genitales. Desde el siglo XVII empezaron a surgir las concepciones de que la masturbación era perjudicial para los niños, pudiendo provocar locura, epilepsia, ceguera y hasta la muerte. Entonces, tanto médicos como padres los solían castigar severamente por tocarse, llegando incluso a amenazarlos con cortarles los genitales. Para tal fin se practicaban intervenciones quirúrgicas tales como la circuncisión, o el uso de aparatos como anillos con puntas o de protectores metálicos que se colocaban en el pene del niño. Un dato oculto y silenciado en el abuso sexual era el cometido por los propios padres, y en general se solía acusar a los criados de las casas como los principales causantes.

El caso extremo de práctica dolorosa durante la historia de la infancia, es el infanticidio. Varios documentos (incluso actuales) han documentado que el infanticidio fue mucho más común de lo que se piensa. Sara Blaffer Hrdy[5], una famosa antropóloga que ha escrito exitosos libros sobre la evolución humana y las relaciones padres-hijo, plantea que el infanticidio era una práctica común entre nuestros antepasados, debido a razones puramente biológicas y evolutivas, donde los padres mataban a sus hijos por

defecto genético, por falta de alimentación y recursos para cuidarlos, o por la poca diferencia de edad entre los hijos (lo que imposibilitaba al adulto poder cargar y cuidar a dos bebés al mismo tiempo). Sus conclusiones, aunque fueron ampliamente criticadas, han sido confirmadas por muchas investigaciones.

La realidad es que; hasta entrado el siglo XIX, el infanticidio era un acto común y frecuente en las familias. En ciertas épocas, tales como la romana o la griega o durante la Edad Media, era hasta una norma y creencia común matar a los niños «indeseados», o como sacrificio a los dioses. ¿Cómo solía ocurrir? Aunque las prácticas fueron variando a través de la historia, hay registros de que a los niños se los lanzaba al río, envueltos y puestos en vasijas para que se murieran de hambre, abandonados en cerros y caminos para que fueran presa de las aves y otros animales, o se los congelaba, quemaba, o les pegaban hasta matarlos, e incluso se habla de una práctica que consistía en envolverlos en fajos y dos adultos los lanzaban de un lugar a otro, como por ejemplo de una ventana a otra.

¿Por qué ocurría el infanticidio? Generalmente, porque el bebé nacía con una malformación congénita, o porque era ilegítimo, o con mayor probabilidad por ser mujer, o por tener sus padres ya demasiados hijos y carecer de los medios para criar al recién nacido. Los biólogos plantean esto como parte de lo que llaman «inversión parental», tema en el que no me detendré sino más adelante. El punto es que muchas especies matan a sus crías, y la razón no deriva de algún instinto maligno, sino simplemente como expresión de un cálculo biológico que cada ser vivo realiza en relación a si tiene o no los medios para criar y desarrollar a la cría, de modo que llegue a la edad adulta y pueda pasar sus genes a la generación siguiente. Si por algún motivo interno o externo de la cría esto no es posible, el infanticidio es la acción lógica resultante.

Todos estos datos, algunos escabrosos, sobre la infancia en la historia, nos llevan a plantearnos ciertas preguntas y reflexiones que no se pueden obviar. La primera pregunta que subyace a todas estas prácticas es: ¿por qué los adultos no eran capaces de sentir empatía por sus hijos? Los datos muestran que incluso cuando los padres los azotaban, asimismo los recriminaban por obligarlos a sentirse culpables o tristes por tener que hacerles eso. Es decir, el adulto veía incluso el maltrato como una forma egoísta de que el niño provocaba malestar en el propio adulto. A su vez, no es de extrañar que si estas eran prácticas habituales que sufrían los niños, cuando ellos se convertían en adultos,

solían repetirlas en sus propios hijos como parte de la tradición de crianza. Es decir, es altamente probable que en un alto número de familias se produjera lo que llaman una «transmisión intergeneracional de los malos tratos», que continuaba generación tras generación. Estos malos tratos y el uso del niño como un objeto fue convirtiéndose en una norma de cuidado en los tiempos antiguos, lo que genera la reflexión inevitable de cuánto de ese acervo cultural sigue estando en nosotros, considerando que ocurrió durante siglos.

A pesar de todo lo anterior, la imagen que se presenta de la historia de la infancia parece ser extremadamente negativa. En un excelente libro de Jeremy Rifkin llamado *La civilización empática*[6], el autor muestra una serie de evidencias que dan cuenta de que a través de la historia la empatía hacia los niños fue incrementándose siglo tras siglo, existiendo muchos periodos (como el Romanticismo) durante los cuales los niños eran considerados seres puros y especiales, por lo que el trato y cuidado adecuado eran más bien la norma, incluso llegando a periodos en el siglo XIX donde la regla era dejarlos ser y hacer lo que quisieran, de modo de que pudieran expresar y desarrollar toda su espiritualidad. Rifkin va mostrando cómo la conciencia empática en todos los ámbitos de la vida es algo que va surgiendo de un modo inevitable junto con el desarrollo de las culturas, y que en la actualidad estamos viviendo un impulso empático nunca antes visto en la humanidad (por ejemplo, hacia los animales, la diversidad sexual, las religiones y hacia los niños). Por ende, se plantea que no era la falta de amor o compasión, o que simplemente los odiaran o quisieran infringirles daño, sino más bien era la incapacidad de poder ver a los niños como seres separados de los adultos, como seres con sus propias necesidades, emociones y preferencias. La historia ha mostrado que esta capacidad ha sido (y está siendo) un logro de cientos de años de historia humana, donde todavía estamos a medio camino de desarrollar una genuina empatía hacia la individualidad del ser del niño, desde su propio mundo.

Viendo todos estos datos históricos puede sorprendernos menos el hecho de que, en la actualidad, el castigo, el reto, la disciplina excesiva, el semiabandono de los niños y muchas otras creencias inadecuadas sobre la crianza, sigan siendo algo natural en muchas familias. De las víctimas podemos hasta escuchar justificaciones de ese trato, tales como: «mis padres nos pegaban correazos, pero no me afectó, ya que soy profesional y muy exitoso».

Un segundo aspecto a reflexionar es que si miramos la historia de la infancia con los

ojos de la actualidad, no queda más que concluir que, a lo menos hasta el siglo XVIII, la mayoría de los niños sufría lo que hoy podemos llamar el «síndrome del niño maltratado», o más directamente aún, la mayoría de los niños vivía traumatizado. No solo por la gran variedad de objetos que se usaban para castigarlos (látigos, varas de hierro o madera, varillas, palos, bastones, etc.), sino por la frecuencia cotidiana en que estos castigos eran impuestos. Cuentan en la biografía del famoso filósofo Voltaire que a él solían castigarlo con varas todos los días, desde temprana edad, sin razón más que para «fortalecerle el carácter». Incluso, dos de los grandes defensores históricos de la infancia, Jean Jacques Rousseau y Michel de Montaigne, no fueron muy coherentes con sus propias convicciones en relación al respeto de la infancia. El primero solía dejar a sus hijos en orfelinatos cuando nacían, y del segundo se sabe por algunos datos que, a pesar de que se decía que dedicaba su vida a su hija, llenándola de estímulos positivos y cariño, expresando nunca haberla retado o castigado, tal conducta no fue tan así. Por ende, pareciera que la historia de la infancia es en el fondo la «historia de una infancia traumatizada y dolorosa». Es decir, cargamos siglos de malos tratos hacia la infancia en nuestro acervo cultural, pero donde todavía seguimos en la completa oscuridad es en el caso de los niños que sufren traumas de manera constante y continua, y ese es el tema que profundizaremos en este libro.

Esto nos lleva a otra pregunta: ¿cuándo, entonces, se empezó a tomar conciencia del trauma cotidiano infringido a los niños?, ¿cuándo se empezó a hablar realmente de trauma infantil?, ¿qué sabemos de la historia del niño traumatizado? A esto nos dedicaremos brevemente ahora.

Datos históricos sobre el estudio del trauma infantil

En la historia sobre los inicios de la conciencia y del estudio del trauma, al igual que en cualquier forma de dolor infantil, solo encontramos negación, rechazo, exclusión y prepotencia. Incluso en la actualidad estas actitudes siguen siendo parte del marco mental y emocional de muchos adultos (profesionales y no profesionales). Se considera que el primer estudio o registro sistemático sobre el trauma fue realizado por el médico francés Ambroise Tardieu, en 1860, cuando publica *Estudio médico-legal sobre los tratamientos y malos tratos ejercidos sobre los niños*. Se trata de 32 casos, la mayoría de

niños menores de diez años, y donde los padres fueron los principales perpetradores. Tardieu pudo identificar lo que ahora llamaríamos maltrato físico y negligencia, pero también encontró casos de tortura (golpes fuertes y prolongados con un objeto, quemaduras y desnutrición severa). La mitad de los niños de Tardieu murieron a causa de los malos tratos. Lo que llamó la atención a este médico, más allá de lo impactante de las agresiones de los padres, era cómo ellos buscaban exculparse de lo que habían hecho, dando argumentos tales como que el «niño se había caído» o que «se hizo una herida jugando», y explicaciones de ese estilo. Posteriormente, Tardieu empezó a tomar conciencia de que la violencia física no era lo único que sufrían los niños, y en su *Estudio médico-legal sobre las agresiones a la decencia* reporta cientos de casos de abusos sexuales perpetrados por los padres en niños desde los primeros años de vida hasta la adolescencia. En la actualidad, los aportes de este médico siguen siendo considerados, no solo como pioneros, sino como el punto de partida de la conciencia invisible de los múltiples dolores y atrocidades que pueden sufrir los niños a manos de sus padres.

En los tiempos de Tardieu, otro médico, Paul Briquet, plantea la controversial tesis de que la principal causa de la histeria infantil eran los abusos y maltratos de parte de sus padres y otros adultos. Su interés estaba más centrado en comprender la psicopatología infantil, y esto lo llevó a analizar 87 casos de histeria en niños menores de doce años, de los cuales un tercio había sido víctima constante de apremios físicos, castigos desmedidos, o fue sometido a experiencias de miedo. Otro 10% era producto de traumas diferentes al abuso y al castigo físico. Posteriormente, en 501 casos de histeria infantil encontró que alrededor del 75% eran causados por experiencias de abuso sexual. Posteriormente, otros renombrados clínicos de la época, como Martin Charcot y Pierre Janet, reconocieron (aunque no de un modo tan tajante), que la histeria podía estar relacionada en muchos casos con el trauma temprano, tanto en los niños como en los adultos. Cabe remarcar que en esa época la histeria era como «el Santo Grial» de la comprensión de la psicopatología, y es por esa razón que fue uno de los principales objetos de estudio de aquellas personas interesadas en la salud mental.

Pero fue el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, quien en un principio aceptó la tesis de que la etiología de la histeria tenía que ser producto de haber sufrido algún trauma durante los primeros años de vida (más específicamente, entre el año y los ocho años de vida). Si no ocurría en ese periodo, no había predisposición a desarrollar

síntomas histéricos. Más aún, Freud planteó que eran tres tipos de trauma los que predisponían a esta enfermedad: 1) abuso sexual aislado cometido por algún adulto extraño; 2) abuso sexual cometido por algún cuidador significativo; 3) abuso sexual cometido entre hermanos, donde el mayor repite el abuso sufrido por sus padres en su hermano menor.

En ese momento, la conciencia empática sobre el trauma se estaba expandiendo, permitiendo su reconocimiento, estudio y tratamiento. Pero es el mismo Freud quien la detiene en años posteriores, cuando asevera que el trauma temprano es más el producto de la fantasía de la persona. Era tal la influencia que el psicoanálisis estaba teniendo durante la primera mitad del siglo XX, que la noción dominante de que los malos tratos tenían su origen en la fantasía, prácticamente congeló el interés y estudio del trauma temprano en el desarrollo y salud mental de los niños (incluso excluyendo a aquellos que planteaban la realidad del trauma infantil y sus efectos). A pesar de los horrores que dejaron los efectos psíquicos y emocionales en las dos guerras mundiales (lo que se llamó el efecto Shell Schock) a través del famoso estrés postraumático, no llegó en ese tiempo a cautivar a los profesionales e investigadores para profundizar en la temática del trauma. Sin embargo, se plantea que esto no solo se debió a las propuestas freudianas. Dos modelos más ayudaron a enterrar el tema en esa época: el modelo de simulación de Babinski, que proponía que muchas de las experiencias traumáticas eran construidas debido a la susceptibilidad (algo similar a la postura de que los recuerdos traumáticos pueden ser inducidos); y la postura alemana de que el trauma y el estrés postraumático provenía de personalidades débiles y que eran una forma de compensación (ganancia secundaria) al mostrar esos síntomas traumáticos.

Lo interesante es que la conciencia empática hacia el trauma no resurgió precisamente de la psicología o de la psiquiatría, sino más bien de la pediatría. Analizando las radiografías de fracturas y heridas, el pediatra John Caffey empezó a notar que la forma y características de estas fracturas se debían a la acción humana, y registró que cada vez que estos niños regresaban a sus casas, volvían al hospital con lesiones similares. Sus observaciones generaron un mayor interés en la temática, aunque todavía con mucha reticencia y rechazo de parte de sus pares profesionales. Este aporte, unido a los movimientos sociales de inicios de la segunda mitad del siglo XX, en pro de la diversidad y los derechos de las mujeres, empezaron a desarrollar una creciente conciencia de que los malos tratos existen, son reales y más frecuentes de lo que la gente

piensa. La radiología pediátrica, en ese sentido, podía mostrar que los huesos del infante contaban una historia que los niños no podían narrar y que los padres no querían relatar.

Un gran avance en la conciencia del dolor de la infancia fue la publicación en 1962 de un libro que se llamó *Te Battered Child Syndrome* (algo así como el «síndrome del niño maltratado»), publicado por Kempe y sus colegas, que definió el concepto como «una condición clínica en niños menores (usualmente menores de tres años), que han recibido serios abusos físicos, generalmente de parte de los padres o las familias de acogida». Aunque Kempe y sus colegas solo se refieren al maltrato físico, reformulaciones posteriores ampliaron el síndrome a las categorías de «abuso infantil y negligencia» (incluyendo el abuso sexual). Lo interesante es que, en alguna medida, se repite lo que ocurrió a fines del siglo XIX con Tardieu, que partió focalizándose solo en el abuso físico, y con el tiempo empezó a incluir el abuso sexual, aunque en los textos de psiquiatría de la década de los setenta el abuso sexual fue completamente subestimado.

Al parecer, a la conciencia empática emergente del adulto hacia el dolor infantil le toma tiempo ir asimilando las diversas formas de vulneraciones a los niños, ya que como veremos en lo que actualmente se llama «trauma complejo», el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia son solo una parte muy reducida de todo el espectro de malos tratos y traumas que se pueden experimentar. Es recién desde la década de los ochenta y noventa del siglo pasado que, a pesar de seguir existiendo resistencias de parte de la comunidad científica, se produjo un florecimiento de diversos estudios sobre abuso sexual, maltrato y negligencia, adicionándose posteriormente la comprensión de la violencia intrafamiliar y otros tipos de trauma.

Desde ese momento hasta la actualidad, los estudios han ido evolucionando en tres direcciones: 1) conocer la prevalencia de diferentes tipos de trauma en la infancia, utilizando muestras representativas de la población; 2) conocer los mecanismos, consecuencias y secuelas del trauma en el mundo emocional, psicológico, cognitivo y social del niño; 3) analizar los factores psicobiológicos del trauma temprano. En el presente libro se espera abarcar todos estos niveles, de un modo que al lector no le resulte difícil (ni aburrido) comprenderlos.

Finalmente, cabe repetir que todos los autores mencionados anteriormente (desde Tardieu) han expresado haber sido excluidos, criticados y rechazados por sus pares, al poner en el tapete este tipo de fenómeno. Asimismo, ellos han expresado la idea de que en la historia de la infancia los malos tratos han sido más bien la norma que la

excepción. Por lo tanto, un primer paso hacia la ayuda del sufrimiento en la infancia parte con crear una conciencia empática de que muchos niños viven terrores que los adultos no queremos ver ni aceptar. Pero quizás una de las conciencias más difíciles de aceptar es que la fuente de esos terrores somos los mismos seres humanos.

Leer para creer: algunos datos epidemiológicos sobre el trauma infantil

¿Qué porcentaje de niños ha sufrido trauma? ¿Qué tipos de trauma son más frecuentes? ¿A qué edad es más probable sufrir traumas severos? ¿Depende del nivel socioeconómico o del lugar donde vive el niño? ¿Existen factores que protegen al trauma o su resolución exitosa? Y, finalmente, ¿por qué se dice que el trauma es una epidemia oculta?

Estas son preguntas difíciles de responder, principalmente por el hecho de que, como mencionamos anteriormente, la temática del trauma es nueva en la conciencia de los investigadores y, por ende, los estudios son pocos, especialmente aquellos que buscan comprender la frecuencia y tipos de trauma durante los primeros años de vida. En ese sentido, la mayoría de los estudios se concentran en niños mayores de siete años, o en adultos. En esta sección haré todo lo posible por responder estas preguntas de acuerdo a la información disponible, pero remarcando un dato que el lector no debe olvidar: el trauma temprano es más frecuente y devastador para la vida, de lo que nunca se había pensado.

Antes de mostrarles algunas evidencias interesantes sobre la existencia y frecuencia del trauma, especialmente en edades tempranas, es fundamental aclarar un hecho ya indiscutible mencionado anteriormente: los tipos de trauma no son solo el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia. A pesar de lo que organismos gubernamentales y no gubernamentales llevan proponiendo hace años, tanto en sus políticas públicas como en sus formas de tratamiento, esto no solo no refleja la realidad de la vulneración infantil, sino que más bien la restringe y la limita, tanto en su comprensión como en su intervención. Esta concepción ha sido llamada «el modelo clásico del evento único».

La tabla 2 muestra un listado actualizado sobre los distintos tipos de trauma que se pueden experimentar en la infancia. Algunos parecen más graves que otros, pero los tres elementos a tener en cuenta para realizar esa evaluación de gravedad, además del tipo de

trauma, es su **severidad**, **edad de ocurrencia** y **cronicidad**. Por **severidad** se refiere a la gravedad del trauma cometido en el sentido de cuánto desestabiliza las capacidades de enfrentamiento del niño (evidentemente no es lo mismo maltratar a un niño golpeándolo en la cara, que someterlo a una violencia física de golpes con objetos y quemaduras); la **edad de ocurrencia** es otro elemento esencial, ya que las capacidades de enfrentar un evento traumático son bastante diferentes si eres un bebé de cinco meses o un escolar de doce años. Desde este punto de vista se entiende que a menor edad, menos capacidad de regular y enfrentar el evento traumático, y peores consecuencias a corto y largo plazo. Como veremos más adelante, la edad en la que ocurre la experiencia dolorosa es muy importante a la hora de identificar la forma como el niño va aprendiendo a enfrentarla, y por ende, cómo va organizando su personalidad a través de la vida. Finalmente, se encuentra la **cronicidad**, que se refiere justamente a una de las características del TC, y es la frecuencia y cotidianeidad de la experiencia traumática sufrida. Los efectos y experiencia del trauma son bastante diferentes a la situación de una niña que experimentó tocaciones de parte de un familiar adulto una sola vez, a un niño que es obligado por su padre a observar cada noche cómo él abusa de sus hermanas. Aunque experiencias aisladas pueden tener efectos traumatizantes muy nocivos, la experiencia cotidiana de vivir «en» el trauma hace una gran diferencia a la hora de analizar las consecuencias a corto y largo plazo en el desarrollo y adaptación de la persona. Pero aquí nuevamente debo advertir al lector que el hecho de que un niño haya sido dejado solo todo un día en su casa (negligencia), no implica en absoluto que esa sea la única experiencia devastadora que viva (sino todo el contrario).

Llama la atención que aunque estos tres factores suelen ser considerados fundamentales a la hora de evaluar el efecto del trauma, se haya dejado de lado lo que actualmente se plantea es EL factor decidor de los efectos del dolor en la infancia, a saber, el escudo protector que proporciona la seguridad del apego de los cuidadores principales, antes, durante y después de las experiencias traumáticas. Se dedicará un capítulo a este tema esencial para comprender la dinámica de la constelación traumática.

Tabla 2: Tipos de trauma

Tipo de Trauma	Características

Abuso sexual	Incluye formas de contacto directo (tocaciones, penetración, masturbación, sexo oral), o vicarias (obligar al niño a observar situaciones sexuales, sea directamente o a través de películas o imágenes). Casos más extremos son torturas sexuales (obligar a participar en actos sexuales extremos).
Maltrato físico	Cualquier acción física hacia el niño que le provoque dolor (pegarle con la mano o pies, o utilizando diversos objetos, empujarlo, tirarle cosas, tirarle el pelo, las orejas, quemarlo, zamarrearlo, amenazarlo con cuchillos u otros elementos).
Negligencia	Existen varios tipos de negligencia. Aquí se refiere a negligencia física (no proveer de necesidades básicas de sobrevivencia), negligencia emocional (cuidadores físicamente presentes, pero emocionalmente ausentes e indiferentes).
Abandono	Dejar al niño con otras personas por un periodo considerable o ilimitado de tiempo.
Muerte de un cuidador significativo	Muerte por enfermedad, accidente o violencia de uno o ambos cuidadores significativos.
Enfermedad de un cuidador significativo	Convivencia con un cuidador que presente una enfermedad que genere sufrimiento para el niño, sea por negligencia, tratos inadecuados, o por ser testigo del dolor e impedimento del adulto (por ejemplo, Alzheimer, demencia senil, cáncer, enfermedades psiquiátricas).
Testigo de violencia intrafamiliar	Testigo directo o indirecto de escenas de violencia física, emocional o sexual entre los cuidadores (golpes, peleas físicas y/o verbales, violación, torturas), consumo de drogas o alcohol en el hogar con consecuencias violentas, o cualquier otro evento atemorizante para el niño (fiestas violentas, discusiones descontroladas).
Accidente automovilístico y/o similares	Ser testigo o experimentar directamente un accidente en un algún vehículo motorizado, incluyendo lesiones en el niño y/o sus cuidadores.
Bullying escolar	Ser víctima de repetidos episodios de intimidación física, psicológica, social o sexual, especialmente desde los primeros años.
Hospitalización	Haber sufrido una o varias hospitalizaciones, que incluyeran procedimientos y/o cirugías invasivas, especialmente de larga duración (más de una semana), y durante los primeros años de vida.
Procedimientos quirúrgicos	Misma situación que la anterior, pero que no necesariamente haya incluido hospitalizaciones prolongadas.

invasivos	
Violencia comunitaria	Ser testigo y/o víctima de peleas callejeras, balazos, protestas violentas, asaltos, venta de drogas, persecuciones en vehículos (especialmente donde hayan estado involucrados alguno de los cuidadores principales), etc.
Presenciar actividad de la policía	Ser testigo y/o víctima de violencia policial,por ejemplo: detenciones, peleas con la policía, allanamientos, persecuciones (especialmente donde hayan estado involucrados algunos de los cuidadores principales).
Tener a uno o varios cuidadores privados de libertad	Ser testigo de la detención del cuidador o que se encuentre privado de libertad (con o sin posibilidad de poder visitarlo).
Desastres naturales	Terremotos, huracanes, tsunamis, tempestades, erupciones volcánicas, lluvias intensas, etc.
Actos de terrorismo o vandalismo extremo	Presenciar o experimentar estallidos de bombas, ataques, explosiones, atropellamientos masivos, secuestros, trata de personas, etc.
Cambios constantes e impredecibles en el cuidado y el contexto	Cambios constantes e impredecibles de domicilio, ciudad o país, y/o conductas de cuidado extremadamente impredecibles y ambivalentes de parte de los cuidadores significativos.
Caídas accidentales	Caídas accidentales que impliquen dolor acompañado de alguna herida con características de angramiento o fractura/quiebre (por ejemplo, caída en bicicleta, de la cama, en un cerro, etc.).

Uno de los estudios más recientes sobre el trauma en la infancia temprana, realizado en 2010 por Briggs-Cowan[7] y colaboradores, en el que se evaluó a mil niños, se encontró que el 26% ya había experimentado algún tipo de trauma durante los primeros tres años de vida, y el 14% había sufrido algún tipo de violencia. Una de las conclusiones del estudio es que si un infante ha sufrido algún tipo de experiencia traumática durante los primeros años de vida, tiene una alta probabilidad de que pueda estar sufriendo dos o tres tipos más de experiencias dolorosas.

Para no aburrir con datos y más datos, resumo aquí, de forma simple, algunas

evidencias que demuestran que el trauma infantil es algo oculto, sobre lo cual no se suele informar[8]:

- ➢ Alrededor de un billón de niños sufrieron violencia en el año 2016.
- ➢ El 8% de padres de niños de dos a cuatro años reportó que el niño ha sido golpeado con un objeto, o maltratado con toda la fuerza posible, en el lapso de un mes.
- ➢ Las experiencias traumáticas suelen repetirse a través de generaciones, a menos que no se realice algún tipo de intervención que rompa el ciclo del trauma.
- ➢ Se ha estimado que 2.2 millones de niños se encuentran en situación de institucionalización, aunque se plantea que esta cifra está enormemente subestimada.
- ➢ El 18% de niños entre los uno a cinco años, ya presenta trastornos en su salud mental, y el 9% evidencia trastornos graves.
- ➢ El 48% de los niños que ha sufrido diversos traumas ya presenta un apego desorganizado (término que se explicará más adelante).
- ➢ Un alto porcentaje de niños no suele sufrir traumatizaciones aisladas, sino que alrededor del 45% de niños durante los primeros cinco años de vida ya ha experimentado a lo menos cuatro tipos de traumatizaciones.
- ➢ En un estudio a gran escala, realizado en dos mil niños, entre los dos y los diecisiete años, se encontró que el 70% ha experimentado un trauma, el 64% ha vivido dos eventos traumáticos y el 18% más de cuatro eventos. Los autores del estudio concluyen que la victimización es una *condición* más que un evento.
- ➢ Las vulneraciones más severas suelen ocurrir durante los primeros cinco años de vida.
- ➢ El 75% de los niños que mueren por maltrato de parte de sus cuidadores principales son menores de cuatro años.
- ➢ El periodo de mayor abuso ocurre entre los cero y los doce meses de edad.
- ➢ Los efectos más nocivos de la violencia intrafamiliar ocurre durante los primeros cuatro años (debido a que el infante no puede escapar o alejarse de la situación de violencia y, por ende, suele ser un testigo directo de la misma).
- ➢ Los efectos más nocivos del trauma provienen de los cuidadores principales y del contexto de apego (sea debido a que son los perpetradores del trauma o debido a que niegan, invalidan, silencian o castigan la experiencia de dolor).
- ➢ Los adultos que han sufrido trauma en su infancia incluyen el 100% del sistema carcelario.
- ➢ Haber sufrido cuatro o más traumas en la infancia se relaciona con las principales enfermedades físicas y psicológicas sufridas en la infancia (tema que abordaré en el capítulo siguiente).
- ➢ El 81% de las personas que suelen ser diagnosticadas con trastornos de

personalidad, sufrió varios traumas antes de los siete años.

- ➢ El 28% de las mujeres reportan haber experimentado algún tipo de abuso sexual (y el 16% de los hombres).
- ➢ Haber sufrido experiencias traumáticas durante los primeros tres años produce efectos de alto riesgo en la adolescencia, de mayor gravedad que si el trauma ocurrió con posterioridad a esa edad (abuso de alcohol, drogas, violencia, bullying, autolesiones, conductas de extremo riesgo).
- ➢ Haber sufrido cuatro o más traumas durante los primeros años de vida genera una epidemia que produce más daño (y más costo económico) que el cáncer y las enfermedades cardiacas.

Dar toda esta información (¡y existe muchas más!) no tiene solo el objetivo de informarles sobre lo que se sabe acerca de las estadísticas ocultas del trauma, sino también para prepararlos para poder comprender cómo es que el trauma es tan frecuente y por qué tiene esos efectos tan masivos en el cuerpo y la mente de las personas. El lector lo puede considerar como una introducción para lo que viene, ya que todos estos datos solo permiten dar un punto de partida y, lo que es más importante: tratar de comprender la experiencia física, emocional, psicológica y social de lo que es vivir el camino vital del trauma.

Capítulo 2

EL DOLOR EN LA INFANCIA ORGANIZA EL CUERPO Y LA MENTE DEL NIÑO

«Estar atrapado en la selva»

Se han usado varias metáforas para comprender cómo es la experiencia de vivir en un estado de trauma. El objetivo de estas metáforas es buscar sensibilizar y entender una experiencia que quizás puede ser ajena al lector, por lo que es válido buscar una forma más comprensible para explicar este fenómeno doloroso. Me ha parecido que el estar atrapado en una selva es una buena metáfora.

Solo imaginen lo siguiente: de un momento a otro, un niño se encuentra atrapado en una selva peligrosa. Se encuentra abandonado y se siente solo, y no hay nadie a quien pedir ayuda, y la soledad y el temor se acrecientan. Con el paso del tiempo, esta experiencia se convierte en lo que llamamos un «sentido crónico de peligro». Es decir que su cerebro, su cuerpo y su mente siempre están alertas, a la espera de que en cualquier momento cualquier peligro puede acechar, debido a que ya ha experimentado situaciones similares, tales como el verse atacado por un animal o caerse en un acantilado, o pasar horas sin poder comer o, simplemente, sentirse constantemente solo y abandonado. A estas alturas, ya el cerebro tiene registrado que el peligro es inminente en cualquier momento, por lo que la amígdala se encuentra activada constantemente, el cortisol no para de secretarse y el sistema simpático está siempre en alerta, generando una sensación de alta frecuencia cardiaca, sudoración y respiración agitada. El cuerpo se siente siempre rígido (para estar en alerta), y la mirada está atenta y registrando constantemente el ambiente, por si algo pudiera pasar. Este estado «crónico de peligro» va paulatinamente desgastando la vida de la persona. El sistema inmunológico decae, el sistema de estrés entra en un estado de sobrecarga, el pensamiento y la planificación dejan de hacer su función (debido a que el estado de peligro/sobreactividad de la amígdala apaga el pensamiento y la reflexión). Como sigue pasando el tiempo, la expectativa de ayuda por parte de otra persona empieza a desvanecerse. El niño recuerda a sus figuras significativas, las añora, pero ya empieza a asumir que ellos no vendrán a salvarlo. A veces, también espera que otras personas, que no son sus padres, puedan venir a ayudarlo (un tío, una hermana, una profesor/a) y, al pasar el tiempo, cualquier

persona que lo saque de la selva puede ser una salvación. La actitud de estar hiperalerta sigue siendo una forma de anticipar el peligro y eso se observa en que él tiene siempre el cuerpo rígido, sobrerreacciona frente a cualquier ruido o movimiento que provenga de la selva. Su expectativa de ayuda en los otros empieza a desaparecer completamente, y eso aumenta su soledad y desesperanza. Como el peligro acecha y el niño ya ha vivido varias situaciones muy riesgosas, sin darse cuenta empieza a desplegar «estrategias de sobrevivencia». Si siente que tiene la fuerza para pelear, entonces se enfrenta a sus peligros con agresión, con rabia, y eso le hace sentirse más empoderado (aunque en el fondo siga sintiendo mucho miedo). Si ocurre que el peligro es muy difícil para él, entonces escapa, y se salva momentáneamente (ambas estrategias del cerebro límbico). Pero si en ocasiones el peligro está por sobre lo que él puede manejar y ya no es posible pelear o escapar, el niño simplemente cae en un estado de anestesiamiento, en el cual se resigna para el dolor y siente que su cuerpo se enlentece, que el tiempo pasa más lento y que incluso no es a él a quien le están infringiendo daño. Su frecuencia cardiaca baja, su respiración también y su cerebro secreta opiáceos (que son anestesiantes naturales). En ese momento él adopta una actitud no consciente de congelamiento, desconectándose de su vida interna y de su realidad externa. Pero también adopta esta actitud de absoluta inmovilidad, quizás como una estrategia para que el atacante no se percate de que él se encuentra cerca; otras veces adopta esta aptitud congelada porque sabe que no va a poder hacer nada contra el ataque y el dolor. De ese modo, el cuerpo y el cerebro dejan de estar tan alertas, la secreción de cortisol baja, la frecuencia y la respiración también, la amígdala sigue activa, pero sin poder conectarse con la neocorteza, la que empieza paulatinamente a apagarse. Entonces, nuestro niño comienza a resignarse a que no podrá protegerse del ambiente peligroso, y su sentido de vida, su planificación para el futuro y su capacidad para buscar una solución de salida ya no parecen ser aspectos relevantes para su sobrevivencia. En algunas ocasiones se aferra a otros animales que quizás pudieran ayudarlo, y en otras el niño hace todo lo que el animal quiere para complacerlo, y de ese modo evitar que no lo siga dañando. Pero el tiempo pasa y ya no son solo los animales reales a los que les tiene miedo, sino que basta sentir el crujir de un árbol moviéndose, o el olor de algún animal, o el recuerdo de un ataque, o la imagen repentina de un perpetrador para que el niño vuelva a experimentar nuevamente todo el dolor, la confusión, el miedo, casi como si su cerebro estuviera actuando de un modo exactamente igual a como ocurrió el peligro en el pasado (y el pasado se convierte en el presente).

Ahora los miedos no solo vienen de la realidad externa, sino que también de su propia experiencia interna. Finalmente, el niño aprende a vivir como si no viviera realmente (se activa su sistema parasimpático), como si las cosas ya no importaran (incluso aquellas que pueden ser positivas), y siente que ya no siente; quizás, para sentir algo, ahora es él quien busca pelear con algunos animales, o busca alguna comida o bebida que le permita dormir y dejar de sentir toda la constelación de experiencias físicas, emocionales y mentales que ya se han metido en su piel (viviendo solo con su cerebro reptiliano y límbico, es decir, como se verá ahora, son los cerebros encargados de las emociones, la protección, los vínculos y la homeostasis básica del organismo). En ese estado, *el niño ha perdido la capacidad de diferenciar lo que es seguro de lo que es peligroso*.

El cerebro y el cuerpo en dolor

Para conocer el cerebro en dolor, es importante saber ciertos aspectos básicos de la anatomía y función de las principales áreas cerebrales. El cerebro humano se va desarrollando desde abajo hacia arriba, desde las funciones más básicas para la sobrevivencia, pasando por las funciones emocionales y sociales, y finalizando en las funciones cognitivas y abstractas. Si hacen el ejercicio de empuñar su mano e imaginar que su puño es el cerebro, entonces podrán imaginar que la parte de la muñeca y la palma es lo que se llama el «cerebro reptiliano», el dedo gordo es lo que se llama el «cerebro límbico» y los dedos restantes son lo que se conoce como «neocorteza».

El cerebro reptiliano ya se encuentra desarrollado cuando nacemos (se desarrolla durante el embarazo), y es la capa más antigua y básica para nuestra supervivencia. Está localizado en el tallo cerebral, justo donde nuestra espina dorsal termina. En general, es el que se encarga de las funciones básicas de la vida (y las que necesita el recién nacido para vivir), tales como respirar, comer, dormir, llorar, sentir la temperatura, sentir hambre y dolor. Es el área que le da energía a nuestro cuerpo, coordinándose con nuestro corazón, pulmones, sistema endocrino y sistema inmune. En el fondo, es el encargado de mantener la homeostasis del cuerpo. Como se verá más adelante, aunque las funciones de este cerebro parecen simples y básicas, juegan un rol fundamental en la recuperación del bienestar de las personas con trauma, y actualmente se considera fundamental para la salud física y mental del ser humano.

El segundo cerebro está arriba del cerebro reptiliano y se le suele llamar «cerebro límbico» (se desarrolla especialmente durante los primeros seis años, pero continúa viéndose afectado por las experiencias a través de toda la vida); allí operan todas las funciones emocionales y sociales básicas. Este cerebro actúa como nuestra «señal de alarma» cuando existen situaciones de peligro y amenaza, pero también nos indica las situaciones de placer y agrado. Algunas personas lo llaman el «cerebro mamífero», ya que es propio del salto evolutivo, desde vivir en el agua a pasar a ser sujetos terrestres y sociales. Así como el cerebro reptiliano juega un rol muy importante para comprender la constelación traumática sobre la base del funcionamiento homeostático básico del cuerpo, el cerebro límbico es esencial para comprender las reacciones emocionales del trauma y, por sobre todo, los efectos que las experiencias de apego temprano tienen en cómo se va formando esta constelación traumática, donde la experiencia temprana va moldeando las reacciones emocionales del miedo y el peligro, desarrollando un sentido visceral y corporal de seguridad emocional. Asimismo, en este cerebro se encuentran programadas una serie de estrategias de acción y reacción que se prenden cuando el organismo se encuentra en situaciones de peligro, tales como las propias del trauma (por ejemplo, escapar y correr cuando vemos a alguien con actitud clara de que quiere asaltarnos).

Finalmente tenemos la neocorteza, propia de los seres humanos (y de nuestros primos, los simios y otros mamíferos sociales), donde yace el razonamiento, la planificación, el «viaje a través del tiempo», la reflexión, la empatía, el lenguaje y la capacidad de darle significado a la vida. Esta estructura del cerebro es la que nos permite tomar acciones reflexionadas, anticipar y planificar la vida, regular nuestras emociones y poner en el lenguaje lo que nos ocurre a nivel afectivo. La neocorteza se desarrolla durante los primeros veinticinco años de nuestra vida, pero al igual que el cerebro límbico se puede ver afectado por los eventos durante todo el ciclo vital. Algunos investigadores actuales plantean que el grosor de nuestra neocorteza es una de las características que nos hace únicos y diferentes del resto de las especies de nuestro planeta (es interesante notar que los perros también tienen un tamaño considerable de neocorteza, considerando el hecho de que son seres vivos que fueron «creados y criados» por nosotros y para nosotros).

El cerebro ha evolucionado en gran parte para anticipar el peligro y la novedad. Veamos cómo funciona en condiciones de peligro en una persona que no ha sufrido trauma. Por ejemplo, una persona va caminando por una calle oscura y se da cuenta de

que en la vereda del frente viene un sujeto que tiene ciertas características que, para esa persona, lo hacen parecer peligroso. Súbitamente, esa persona cruza la calle hacia usted. En ese preciso instante (e incluso unos milisegundos antes), se activa el cerebro límbico; más específicamente, dos pequeñas áreas con forma de almendra que se llaman «amígdala». La amígdala, aunque pequeña en su tamaño, es una de las áreas que mayores conexiones tiene con el resto del cerebro. Una de sus funciones principales es detectar señales de peligro o cualquier señal que ayude a la sobrevivencia, de modo de «avisar» al resto del cerebro y al cuerpo que es necesario reaccionar. Cuando la amígdala se «prende», en general pueden ocurrir dos caminos. Uno es lo que se conoce como «la vía rápida». En ese ceso se activan procesos fisiológicos para movilizar el cuerpo de modo que pueda sobrevivir; por ejemplo, la amígdala acelera la frecuencia cardiaca, y la respiración, activa el sistema de estrés (que veremos más adelante), y envía conexiones al cerebro reptiliano y al sistema simpático para realizar la acción de escapar. Pero resulta que la persona que cruza la calle aceleradamente resulta ser un excompañero de universidad, que se aproxima a saludarlo. En ese momento, la activación de la amígdala toma otro camino, la «vía lenta»; ahora, se envían conexiones a la neocorteza para evaluar si ese supuesto ladrón es, en verdad, un excompañero. La neocorteza realiza un proceso más lento, pero consciente al analizar con mayor detenimiento lo que está ocurriendo; vale decir, que la situación no es peligrosa, lo que desactiva la amígdala. El punto interesante en este caso, y que será de mucha utilidad cuando vayamos adentrándonos en una comprensión de la constelación traumática, es que cuando la amígdala se prende, se suele apagar la neocorteza, y viceversa.

¿Pero qué hubiera ocurrido si la persona era en verdad un ladrón dispuesto a asaltar? La amígdala continúa su acción de vía rápida, preparando a la persona para realizar una acción de sobrevivencia, que en este caso puede ser correr o pelear. Pero, más aún, como la amígdala tiene fuertes conexiones con el hipocampo (asociada a la memoria), el cerebro de la persona registra la información y queda sensibilizado para futuras ocasiones en las que pueda estar en una calle con poca luminosidad o en situaciones de similares características.

¿Y qué ocurre en el caso de un niño pequeño que no tiene muy desarrollada la neocorteza? Vamos a pensar en una situación donde un infante de dos años está junto a su madre, y súbitamente llega alguien que no conoce, no saluda a la madre y no mira al infante. En ese momento también se activa la amígdala, pero la diferencia es que el

infante necesita de la madre para apagarla, y de ese modo va adquiriendo un sentido de seguridad con ella, con sus figuras significativas y posteriormente con el mundo. Eso es, en el fondo, el apego.

Compliquemos un poco más las cosas: ¿qué pasa si el infante vive repetidas experiencias de peligro y la fuente de ese peligro son justamente las personas que lo tienen que cuidar? Por ahora podemos decir que la amígdala entra en un estado de constante actividad, el infante va desarrollando paulatinamente una sensación crónica de peligro, junto a fuertes emociones de miedo, caos, confusión y soledad. La neocorteza empieza progresivamente a apagarse, no permitiendo que el niño pueda usar sus capacidades cognitivas para lidiar con el peligro, ni con el presente, ni con el futuro, ni en la relación con los otros. De ese modo, se está gestando lo que hemos llamado constelación traumática o trauma complejo. En los niños y adultos que han experimentado sufrimiento, los tres cerebros mencionados anteriormente no suelen estar coordinados o, más aún, funcionan casi de manera independiente; puesto de otro modo, el cerebro en dolor es un cerebro fragmentado.

¿Cómo es vivir con un cerebro fragmentado? Veamos un ejemplo: un adolescente llamado José ha sufrido diferentes situaciones dolorosas en su vida. Desde los dos hasta los cinco años es testigo de constantes malos tratos psicológicos y físicos de parte del padre hacia la madre. Ella decide denunciarlo, por lo que el padre abandona el hogar y se va a vivir a otra ciudad, perdiendo el contacto con su hijo por varios años. La madre se queda sola con el niño y su hermano, dos años menor que él. Dadas las condiciones en las que queda la familia, la madre cae en depresión y descuida a los niños, tanto en su alimentación como en sus cuidados médicos. Para salir de su estado depresivo, la madre empieza a salir en las noches, abusa del alcohol y tiene relaciones esporádicas con hombres, a los que invita a la casa. A los siete años del niño, la madre entabla una relación más estable con un hombre (quien también tiende a beber de forma constante). Este hombre se va a vivir a la casa y su relación con los niños es muy distante y fría en algunas ocasiones, y agresiva y maltratadora en otras, siempre dependiendo de si ha consumido o no alcohol. Debido a la vida difícil de los niños, llena de indiferencia y malos tratos, ellos van organizándose de manera muy independiente, salen de la casa cuando quieren, llegan a la hora que desean y tratan de pasar el mayor tiempo posible en el colegio o en casas de amigos. Ya con trece años, José experimenta una experiencia muy traumática para él. La niña que le gustaba empieza a salir con uno de sus amigos.

José no entiende lo que le ocurre, pero durante las noches y al despertar siente fuertes palpitaciones en su corazón, no puede respirar y experimenta constantes temblores en su cuerpo (la actividad del cerebro reptiliano). Sus amigos le preguntan qué le pasa, ya que lo ven muy decaído, callado e inmerso en sí mismo, a lo que él responde que no entiende lo que le ocurre, solo que no puede respirar y siente que el corazón se le va a salir por la boca (el cerebro reptiliano no puede conectarse con el cerebro límbico, por lo que José no puede sentir sus sensaciones como emociones, tales como tristeza o rabia). Durante las noches trata de pensar qué hacer con esa sensación corporal que siente, pero se queda en blanco, y no se le ocurre nada. Sus amigos le dicen que vaya a ver a un médico, pero él simplemente no puede pensar ni planificar nada (el cerebro reptiliano no puede conectarse con el cerebro emocional, el cual no puede activar la neocorteza para pensar, reflexionar y hacer un plan de lo que le ocurre). José siente a veces que lo que le ocurre no fuera parte de él, como que las sensaciones vienen de pronto, sin poder anticiparlas ni controlarlas, como que otra persona estuviera comandando lo que a él le pasa. Aquí tenemos el ejemplo de un cerebro que no puede funcionar en armonía, donde cada parte funciona de modo independiente, o bien solo funciona uno de los cerebros, pero los otros parecieran estar dormidos.

Pueden existir casos en los que el niño logra identificar que lo que le ocurre es «rabia contra mi amigo», pero no es capaz de pensar más allá de la rabia, y explota y lo agrede. Es decir, el cerebro reptiliano puede coordinarse con el límbico, pero la neocorteza es incapaz de regular y reflexionar de manera no impulsiva, de modo que el niño pueda realizar una acción más racional y planificada. Por ende, el trauma, especialmente si ocurre en las etapas tempranas de la vida, puede ir fragmentando la coordinación del cerebro, haciendo que la persona experimente sensaciones o emociones intensas, confusas, incomprensibles, que lo «ahogan», y él o ella se siente atrapado/a en su experiencia desorganizada. He visto niños, incluso menores de seis años, que me dicen cosas tales como: «siento que viene como un fuego, y me controla, y no sé qué hacer».

Es importante remarcar algo que se verá más adelante: si la neocorteza del niño no está activada, y el cerebro emocional no puede identificar que la taquicardia y el ahogo son en el fondo emociones que el niño siente, entonces en este caso (y en muchos otros similares), no tiene sentido buscar entrar en razón, o dar consejos y/o sermones abstractos, o hacerlo «entrar en razón», o mostrarle la realidad de las cosas («ya conocerás a otra niña», «él no es un buen amigo»), ya que el cerebro de José no se

encuentra activo para comprender eso. Primero hay que tratar de conectar el sistema reptiliano con el cerebro emocional («me da rabia y pena que mi amigo se haya involucrado con la niña que me gusta»), pero eso no lo puede hacer él simplemente verbalizándolo: tiene que sentirse seguro, protegido, cuidado por personas a su alrededor. Esto se comprenderá cuando entremos en el «terreno del apego».

Por lo tanto, la comprensión del cerebro traumatizado permite dar nuevas luces de la manera como hay que comprender a los niños en dolor, y por eso trataremos de ir un poco más allá, para revisar lo que algunas investigaciones nos dicen al respecto.

El área de las neurociencias, con sus múltiples subáreas (neurociencia cognitiva, afectiva, del desarrollo, neuromarketing, etc.) y su impresionante tecnología para comprender cada vez de modo más específico la actividad y funcionamiento del cerebro, ha generado toda una nueva visión del «cerebro traumatizado». A pesar de que la mayoría de los estudios ha sido realizada en adultos y adolescentes, nuevas investigaciones en niños han permitido comprender los efectos tempranos del trauma, y sus consecuencias para la salud mental y física, a corto y largo plazo. Dado que estos estudios novedosos son esenciales, se describirán algunos de modo que el lector pueda comprender cómo es el cerebro en dolor, y cómo eso nos permite comprender el hecho de que este cambia en su modo de funcionar cuando se han experimentado situaciones traumáticas. Explicaré algunos descubrimientos relevantes en adultos, para después pasar a los hallazgos en niños.

Algunos estudios han realizado la prueba de evaluar a adultos que han sufrido trauma, y se les pide que recuerden y relaten ese evento, estando al interior de una máquina (escáner) que permite mostrar en imágenes la actividad cerebral bajo determinadas tareas (examen llamado «Imagen por resonancia magnética funcional»). Asimismo, se evalúan registros fisiológicos tales como su frecuencia cardiaca y presión sanguínea. Los resultados de algunos estudios han sido sorprendentes, ya que se encontró que se activaba la amígdala (de la que ya hemos hablado), que reacciona de forma extremadamente rápida en momentos de peligro (antes incluso que el sujeto sea consciente del peligro), y envía señales al cuerpo para prepararse frente al daño. La amígdala es como nuestra señal de alarma que moviliza diversas partes del cuerpo (relacionadas con el movimiento, con el estrés, con la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea y la provisión de oxígeno a los músculos), para enfrentar la situación

traumática. Los estudiosos han demostrado que permite activar una acción muy propia de los mamíferos en peligro que se llama «pelear/escapar».

Lo interesante para entender un aspecto esencial del trauma es que el cerebro se activó como si el daño fuera presente y real, independiente de que hubieran pasado años desde el o los eventos traumáticos. Es como si el cerebro siguiera funcionando en «modo peligro en la selva», y ese es un aspecto central para comprender la constelación traumática de los niños y los adultos. El pasado se experimenta como el presente con tan solo recordar la experiencia dolorosa, y el cerebro y el cuerpo actúan acorde a eso. Otro descubrimiento importante (relacionado con el tipo de ayuda que se debe implementar en estas personas) es que la actividad del área del cerebro que se dedica al lenguaje se encuentra altamente disminuida. ¿Qué significa eso? Que cuando experimentamos situaciones traumáticas especialmente crónicas (que se repiten en el tiempo), existe una dificultad para poder poner esas experiencias en palabras. Esto explica por qué a muchos adultos y niños les es tan difícil verbalizar la/s experiencia/s dolorosas, y aquellas se quedan en un nivel emocional o somático (en el cuerpo). Muchas personas sienten sus emociones caóticas, desorganizadas, impulsivas y descontroladas, de un modo inmediato, sin poder comprender y narrar lo que están viviendo (lo que aumenta mucho más la sensación de vivir algo descontrolado y desconocido). Solo aparecen imágenes (los llamados flashbacks), o sensaciones, o sueños en forma de pesadillas, o simplemente unas ganas de hacer algo impulsivo. Por eso, suele existir una relación inversa entre la sensación de peligro (cerebro límbico-amígdala) y la capacidad de poner en palabras ese peligro (neocorteza-área de Broca), lo que deja a la persona con mayor vulnerabilidad y fragilidad para enfrentar su constelación traumática. Volveremos a esto más adelante, cuando se entreguen guías de ayuda concreta en el capítulo 4.

Otro de los interesantes hallazgos que han mostrado estos estudios de neuroimagen viene de la conocida diferencia entre las funciones de los dos hemisferios del cerebro (hemisferio derecho versus hemisferio izquierdo). Puesto de modo simple, el hemisferio derecho se considera como «el hemisferio emocional» y su rol está implicado en las acciones intuitivas, emocionales, visuales, espaciales y táctiles. Es el hemisferio de la música, el arte, las emociones y la creatividad. Por el contrario, el hemisferio izquierdo está involucrado en las actividades que solemos llamar «cognitivas», es decir, la planificación, la abstracción, lo analítico, lo secuencial y lo ejecutivo. Es el hemisferio del pensamiento, la racionalidad y la categorización. Los estudios en adultos con TC han

demostrado que cuando recuerdan sus experiencias traumáticas pasadas, la actividad del hemisferio emocional (derecho) aumenta, al tiempo que se desactiva el hemisferio pensante (izquierdo). Es decir que el trauma provoca que la persona se quede estancada en un modo emocional intenso, siendo invadido de recuerdos, imágenes, sensaciones y emociones intensas (haciendo que el pasado sea el presente una y otra vez), y, también, que sea incapaz de pensar, planificar o razonar sobre lo que le está ocurriendo. Pero lo más grave es que se va volviendo incompetente en poder planificar su vida, su futuro, y vive en el presente tratando de evitar sus «demonios». Vivir en ese estado de desconexión racional y de sobreconexión emocional hace que estas personas reaccionen de modo impulsivo hacia los otros, sin poder pensar que la situación es diferente a como la han experimentado (por ejemplo, enojarse y descontrolarse porque el hijo tuvo una mala nota, sin pensar o evaluar todo lo que se ha esforzado por estudiar).

Otra de las consecuencias de vivir en modo «hemisferio derecho sobre-prendido/hemisferio izquierdo apagado» tiene relación con lo siguiente: cuando las personas suelen tener disputas emocionales (sea una pelea entre parejas, o de un padre con un niño que está haciendo una pataleta), suelen usar el razonamiento para aclarar las cosas, o simplemente modificar el estado emocional negativo del otro. En el caso de un proceso de resolución de un conflicto dentro de rangos normales, esa estrategia racional no suele tener efecto, ya que uno o ambos miembros de la discusión están funcionando con su cerebro emocional prendido, y, por ende, el cerebro racional se encuentra apagado, por lo que no se comprenderán las razones de lo que ha ocurrido ni sus consecuencias (lo mismo ocurre en las disputas políticas, intelectuales, o sobre la crianza de los niños).

En el caso de las personas con trauma, esto es mucho más relevante, ya que su cerebro ha «olvidado» funcionar de modo racional, por lo que pedirle entrar bajo la lógica del sentido común es como tratar de obligar a un ciego a mirar. No podemos entrar a razonar con esa persona, así como no es muy válido ayudarlo bajo el principio de muchos psicólogos que consiste en dar la «cura por la palabra» (lo que se ha realizado por décadas), sino que debemos primero calmar y dar seguridad para que el cerebro emocional sobreactivado empiece a estar más tranquilo y dar paso al cerebro racional para que empiece a actuar. Esto tiene consecuencias muy provocadoras actualmente en el tratamiento de los niños y adultos que han sufrido trauma, lo que se abordará con más detalle en el capítulo 4.

Los estudios neurobiológicos han mostrado que no todas las personas reaccionan al trauma del mismo modo y, dependiendo de la edad, cronicidad, severidad y género, se activan diferentes estrategias de sobrevivencia y diferentes áreas cerebrales. Una de esas estrategias es la que se conoce como disociación, que puede ser entendida como un estado en donde la persona vive una experiencia vacía, en la que no se siente nada, y la vida pareciera no tener sentido, propósito y bienestar. Es como vivir de un modo automatizado, donde las personas y los eventos parecieran no afectarle a la persona. Es como estar «muerto en vida». Cuando se analiza la actividad cerebral de estas personas, se encuentra que, así como están vacías de emociones, igualmente están vacías de actividad cerebral. Prácticamente todas las áreas del cerebro están apagadas; es como observar una foto sin contrastes de colores (es decir, actividad).

La disociación, término al que volveremos varias veces en el libro, es un proceso que tiene muchos aspectos y como todo proceso funciona como un continuo. Existen personas que se desconectan física y emocionalmente, y refieren no sentir nada en sus vidas. Estas personas te pueden contar eventos muy dolorosos como si estuvieran hablando de algo absolutamente cotidiano. Otras personas, incluso niños, suelen presentar lo que se llama «congelamiento», es decir, entran en un estado de breve trance, especialmente en situaciones altamente estresantes o recordatorias del trauma. De un modo más extremo, se ha visto a niños y adultos que caen en estados de despersonalización. Recuerdo a un adolescente de 18 años que vivía con una madre muy depresiva que permanecía siempre en cama, y él relataba que cuando estaba en la casa no tenía necesidad de ir a ver cómo estaba su madre en la habitación contigua, ya que solo necesitaba desdoblarse y viajar a la pieza de ella, y así podía verla desde arriba. Muchos casos de niños/ as abusadas sexualmente desde temprana edad y de un modo continuo relatan posteriormente que pueden desdoblarse y se ven desde arriba en el momento del abuso, pensando que en verdad no es a ellos a quienes están abusando. En estas personas debemos empezar con activar lo más básico de la experiencia humana: el cerebro reptiliano.

En algunas ocasiones es posible identificar a niños y adolescentes que suelen cortarse en diferentes partes del cuerpo, o hacen algunos rituales muy rígidos (como abrir y cerrar la puerta de sus casas un número determinado de veces); otras veces, el consumo de alcohol y otras drogas suelen ser muy frecuentes, y otras personas tienden a buscar entablar peleas físicas. El punto central es que en personas que se encuentran en estados

anestesiados, estas acciones tienen el objetivo de minimizar o incluso desconectar cualquier sensación, imaginación, pensamiento o recuerdo de lo que han sufrido. Es preferible la sensación del dolor en el cuerpo, o el estado alcoholizado, o drogado, que sentir el terror de las imágenes y emociones provocadas por el trauma.

El problema a largo plazo es que lo que parece una estrategia adaptativa, para el momento, termina dejando a la persona en un estado de «zombi», en el cual pierde la brújula emocional y cognitiva de la vida, quedándose sin plan ni proyecto sobre qué hacer con su existencia, y funciona automáticamente, pareciendo que no les importara nada. Muchos adultos e incluso niños dicen ya no sentir nada, no tener ganas de vivir e incluso no pueden tomar acción en las simples decisiones cotidianas, ya que esas decisiones necesitan el motor de la emoción y la sensación para hacerlas, pero ellos/ellas ya apagaron las áreas del cerebro que permiten eso. Recuerdo a un adolescente que vivía en un hogar de menores, a quien me tocó entrevistar en el contexto de una investigación. Él me dijo: «Yo ya no decido qué hacer con mi vida, la vida decide por mí, así que da lo mismo lo que me pase». Es tal la desconexión que muchos niños y adultos pueden tener sobre las sensaciones más básicas, que se les puede hacer el ejercicio de pedirles que cierren los ojos y uno les entrega una serie de objetos tales como una llave o un peluche; entonces, se les pregunta qué es lo que tienen en la mano y no lo pueden describir. Es decir, están anestesiados hasta el nivel más básico de las sensaciones humanas. Es comprensible, así, que cuando el niño o el adulto ha llegado a este nivel de anestesiamiento, lo primero que se debe hacer es devolverles la capacidad de sentir sus sentidos corporales, la capacidad de oler, sentir la piel, escuchar, el gusto por las comidas, sentir el propio cuerpo. Tal como he remarcado, esto puede ser algo propio de personas adultas, pero como veremos en el capítulo 4, ya desde temprana edad vemos a niños que se balancean de un modo muy rígido y mecánico (estereotipado), o que se tiran el pelo, o se rascan la piel de un modo muy intenso, o simplemente se pegan, y esas conductas tienen el mismo sentido que en los adultos y adolescentes: minimizar y desconectar las sensaciones y emociones de terror, miedo, confusión y soledad. Estos temas se irán ordenando y complejizando en los capítulos siguientes.

¿Qué sabemos del funcionamiento psicológico y cerebral de los niños en trauma? Los estudios con niños han mostrado un patrón muy similar (y muchas veces más intenso) con el de los adultos. Algunos niños parecen ser extremadamente agresivos, disruptivos, inquietos. Muchos adultos (o profesionales) tienen la impresión de que los niños quieren

manipular y llamar la atención mediante esta conducta, y otras veces simplemente les tienen miedo debido a sus reacciones extremas. Estos niños, del tipo que llamaremos «externalizantes desorganizados», suelen desafortunadamente ser diagnosticados como «déficit atencional con hiperactividad», o «trastorno de conducta», o «trastorno oposicionista desafiante», o incluso se llega a etiquetarlos como «conducta psicopática» o «trastorno bipolar». Aunque abordaré más adelante sobre el peligro de etiquetar a estos niños así, sin comprender los modos de funcionar y adaptarse que tienen a la base, es importante notar que no se ha demostrado fehacientemente que dar ese tipo de categorías, junto a toda la medicación que conlleva, ayuda, necesariamente, a recuperar la seguridad emocional perdida producto del trauma repetido que han sufrido. El punto es que estos niños suelen recibir malas palabras (y muchos diagnósticos) de parte de padres y profesionales, debido a que su conducta es extrema y externalizante hacia los demás, quienes muchas veces no saben cómo manejarlos, hablarles y calmarlos. He visto muchos niños que entran en estados de «gatillamiento», que es cuando algo sienten internamente, o bien ocurre un evento en el ambiente que les recuerda experiencias traumáticas pasadas, y se descontrolan hasta el punto de encerrarse en los baños, subir a los techos, escaparse, o desplegar conductas muy agresivas hacia los otros.

Otro tipo de niños muestra conductas del tipo «anestesiamiento» que se mencionó anteriormente, en el cual aparecen como distantes y desconectados del mundo, aún en situaciones donde uno busca el contacto con ellos. Nº 1) te miran o, 2) su mirada es más bien perdida, 3) no desean conversar con uno y 4) deambulan como en una actitud indiferente frente a todo. El semblante de estos niños, que usan un estilo más «internalizante desorganizado», es del tipo «zombi». Tienen muy pocos amigos, y su actitud expresa no interesarles nada; solo están conectados con algún video-juego o escuchan música. Suelen pasar desapercibidos, no molestan a nadie y siempre buscan lugares solitarios. Del mismo modo, no prestan atención en clases, y su actitud hacia los adultos puede parecer de indiferencia y altanería. Este tipo de niños también suele recibir una amplia gama de diagnósticos que va desde el «trastorno depresivo», el «trastorno de ansiedad», el «trastorno oposicionista desafiante», el «trastorno de déficit atencional sin hiperactividad», hasta el «trastorno del espectro autista», e incluso el «trastorno disocial».

Un niño de catorce años es derivado a un psicólogo debido a las quejas constantes del profesorado y los orientadores, ya que el niño es «mal educado», no responde a las

demandas de los profesores y en la mayoría de las ocasiones ni siquiera los saluda a ellos, ni a sus compañeros. El niño es evaluado como «altanero», «desconsiderado», y extremadamente tímido y antisocial. Como producto de una historia de violencia familiar en las edades tempranas había sido derivado a una residencia, donde estuvo desde los dos a los siete años, y posteriormente se decidió que debía vivir con sus abuelos maternos, los que por su avanzada edad solo ejercieron cuidados básicos del niño. A los nueve años, el papá pidió la tuición del niño, quien convivió con una persona, pero a los pocos días volvió ser testigo de escenas violentas entre ambos. Producto de lo anterior fue derivado nuevamente a vivir con sus abuelos. Ya desde los cinco años el niño presenta esta actitud extremadamente internalizante, es decir, se muestra desconectado del mundo externo, experimentando su dolor para sí mismo, agravándose esto a través del tiempo a raíz de los episodios de violencia familiar y la conducta cuasi negligente de los abuelos. El adolescente prefiere no referirse a nada de su historia y solo responde con comentarios monosilábicos tales como «no lo sé», «no me interesa», «no quiero sentir nada». Por ende, ya desde temprana edad, debido a las múltiples situaciones de violencia, abandono y negligencia, el niño va desarrollando una constelación traumática basada en la disociación y el anestesiamiento, donde su cerebro inactivo no registra nada interno ni externo.

Aunque menos estudiados, se han observado otras dos formas de expresión del trauma: aquellos niños aferrados y/o socialmente indiscriminados, y aquellos niños extremadamente complacientes y/o cuidadosos con los adultos. El primer tipo son niños que suelen aferrarse a los adultos. Aparecen con intensas emociones de miedo, extrema cautela cuando están en ambientes nuevos y/o impredecibles, y suelen verse menores a su edad. Su conducta de aferramiento hacia los adultos puede ser específica (hacia su madre, por ejemplo), o indiscriminada (hacia cualquier persona). En general, son niños que han sufrido mucho abandono o pérdidas (incluso muerte) de sus cuidadores significativos, y en la mayoría de las veces están buscando acercarse y «apegarse» a alguien con fines de protección, o con fines más bien instrumentales (es decir, obtener algo material o emocional de alguien). Cuando es del tipo indiscriminado, el niño se encuentra en mayor situación de riesgo, ya que al buscar el cuidado de cualquier adulto puede ser más propenso a sufrir abusos o secuestros, o verse obligado a hacer cosas extremas como prostituirse. Se ha investigado este tipo de niños dentro de lo que se conoce como «trastornos reactivos del apego», pero la evidencia todavía no es clara

sobre la función de su conducta. Algunos investigadores plantean que, debido al alto nivel de abandono y/o cambio frecuente de sus cuidadores, ellos tienen la expectativa de ser cuidados por cualquier persona (debido a que ya han perdido la esperanza de ser protegidos por sus padres), buscando a quien les pueda entregar niveles mínimos de protección. Es decir, esta indiscriminación es una estrategia de sobrevivencia extrema que los lleva a aceptar cualquier contacto con tal de asegurar un mínimo de cuidado. No se sabe por qué muchos de estos niños, cuando son adoptados o se encuentran viviendo con familias de acogida más estables, siguen mostrando esta indiscriminación con otros adultos. La investigadora Kim Chisholm[9] encontró que un porcentaje de estos niños siguen mostrando un vínculo indiscriminado aun cuando ya llevan más de tres años tras ser adoptados.

En el caso de los niños aferrados, pero de tipo más selectivo, se observa que ellos están en un constante estado de terror (amígdala hiperactiva), y aun cuando están junto a su cuidador permanecen muy cautelosos, no quieren explorar el ambiente, no juegan y da la impresión de que sienten que en cualquier momento el cuidador significativo se irá, por lo que tienen que asegurarse de mantenerse pegados a ellos. Incluso se ha observado esta conducta con cuidadores que los maltratan o los abusan, o son negligentes con ellos, lo que demuestra que en estos niños la búsqueda de seguridad es extrema, a expensas de recibir malos tratos. De todos modos, esta tendencia de aferrarse a su perpetrador genera una confusión emocional muy extrema, donde el miedo aparece siempre como una emoción latente y constante. Es posible inferir que esta estrategia (al igual que la anterior) es altamente perjudicial, ya que deja al niño en el estado de peligro crónico, no pudiendo desarrollar estrategias de sobrevivencia más adaptativas.

El segundo tipo de niños presenta una conducta muy interesante, que se relaciona con complacer y agradar a las personas (especialmente a aquellas que son la fuente del daño para los niños). La conducta de complacer se refiere a niños que pareciera que siempre están agradando a los otros, haciendo lo que se les pide, siempre sonrientes, anticipando cómo hacer feliz al adulto. Al observar esto con mayor detenimiento, uno puede darse cuenta de que el niño no está relajado, su cuerpo parece tenso y su sonrisa no parece ser auténtica ni espontánea. Recuerdo un caso derivado de un colegio, un niño de seis años. La madre dice que siempre ha tenido muy buenas notas, pero que últimamente ha bajado su rendimiento y está más inquieto en la sala de clases. De parte del colegio me mencionan que están preocupados porque el niño se ve muy tenso en clases y en

momentos pareciera mostrar conductas de estar triste e «ido», y que algo emocional le pudiera estar pasando. La sorpresa es que cuando converso solo con él, empieza a contarme diversos episodios de castigo físico y describe una disciplina extremadamente autoritaria y rígida hacia él. La madre lo ha golpeado varias veces con diferentes objetos y después lo castiga quitándole los juguetes por periodos de meses. La razón de esto, explica el niño, es por su mal rendimiento y comportamiento disruptivo. En el colegio expresan que el niño tiene excelente rendimiento, solo ha bajado unos puntos en su promedio, y que en relación a su conducta es extremadamente tranquilo, expresando ciertos arranques súbitos de alta actividad. Cuando los veo a los dos juntos, el niño se pasa todo el tiempo abrazado a la madre, le dice constantemente que la quiere y le da besos (mientras la madre comenta todo lo «malo» en que se ha convertido su hijo). Observando su conducta de un modo más específico, pareciera que el niño estuviera actuando o fingiendo ese exceso de cariño. Entonces, parece que la conducta complaciente tuviera el efecto de minimizar los malos tratos de la madre hacia el niño, que trata de cumplir todas las expectativas irrealistas de ella. Otros niños llevan su complacencia hacia el extremo de cuidar al cuidador, preocupándose en exceso de él. Por ejemplo, recordándole las horas en que tiene que ir a buscarlo al colegio, haciéndole el desayuno o la comida, buscando constantemente que el adulto no se enoje ni se moleste, o no pase ningún mal rato. Lo desafortunado de estos niños es que son muy difíciles de detectar ya que parecen ser muy bien comportados, cariñosos, simpáticos y bien adaptados. Muchos niños queridos por sus padres actúan de manera similar sin ser complacientes en extremo, la diferencia está en la forma fingida de su conducta, y en la actitud a veces nerviosa y tensa que se observa en su hablar, así como en la tonicidad de su cuerpo. En el capítulo 4 se volverá y complejizará este tema de los diferentes tipos de niños y sus estrategias para minimizar el dolor.

Los estudios de neurociencia en niños con trauma (aunque más escasos que los realizados en adultos) muestran aspectos muy interesantes del cerebro traumatizado. Uno de los líderes al respecto es el Dr. Seth Pollak, de la Universidad de Wisconsin. El Dr. Pollak[10] ha realizado una serie de estudios para investigar cómo procesan los niños, a nivel cerebral, las expresiones faciales de los adultos. En uno de sus estudios les mostró a niños de ocho años con historias traumáticas una serie de fotografías de expresiones faciales que iban cambiando desde expresiones de rabia hacia expresiones de tristeza. Sus resultados mostraron que los niños con trauma habían desarrollado una

hipersensibilidad cerebral para identificar las expresiones de rabia frente a las de tristeza, activándose una estructura del cerebro que se llama ínsula, que se encuentra en el «cerebro límbico». La ínsula ejerce importantes funciones relacionadas con la conexión emocional de la persona con sus sensaciones y emociones. La hipótesis del Dr. Pollak es que aquellos niños que han sufrido trauma se hipersensibilizan hacia las emociones y expresiones de rabia como una forma adaptativa de encubrir la emoción central del trauma: el miedo. Es decir, si un niño se encuentra en un jardín infantil y es hiperalerta a que el profesor o los compañeros le vayan a hacer daño, entonces, al adoptar una actitud agresiva (externalizante) tiene mayor probabilidad de sobrevivencia en el mundo social que al mostrar miedo (que puede inducir a más daño).

En otro estudio realizado por el mismo investigador, halló que incluso en bebés con historias de maltrato ya se forma esta hiperreactividad e hiperalerta hacia expresiones faciales de rabia y enojo, a través de la medición de la actividad cerebral del cerebro límbico. Los hallazgos de este investigador tienen consecuencias muy interesantes a la hora de comprender realmente lo que le ocurre a aquellos niños que parecen agresivos y desafiantes (como los descritos anteriormente). En un primer plano, las personas observan la conducta agresiva, la que es difícil de manejar y muchas veces provoca miedo en el adulto a cargo, pero lo importante de mentalizar es que detrás de esa agresión se encuentra un niño que siente temor a su propia experiencia caótica y confusa, y que solo está usando una estrategia de pelear, escaparse o congelarse como modo de sobrevivencia a su propia historia. Entonces, si mentalizamos el miedo detrás de la rabia, podemos adoptar una postura más comprensiva, paciente y protectora hacia esos niños, antes de buscar diagnosticarlos, medicarlos, expulsarlos o, simplemente, ignorarlos.

Otros estudios han demostrado que en los niños cuyas madres padecen de depresión se observa una tendencia hiperalerta a observar expresiones faciales de tristeza, más que de rabia. La investigadora Tiffany Field[11] demostró que bebés de pocos meses de edad con madres depresivas ya tienen expresiones faciales de tristeza al mirar a otros adultos. Complicando un poco más las evidencias, una serie de investigaciones han demostrado que las condiciones de extrema negligencia, abuso, indiferencia parental o cualquier cuidado que se aleje de las condiciones mínimas para el desarrollo del niño (las que se darán a conocer in extenso en el capítulo 4), interfieren con el desarrollo de toda una serie de áreas que conectan el cerebro límbico con la neocorteza, afectando negativamente las capacidades del juego, el apego, la empatía y la capacidad de enfrentar

situaciones estresantes, tales como el dolor. Más específicamente, el trauma temprano afecta un área esencial para las relaciones emocionalmente significativas, que se llama la corteza orbitofrontal (COF), situada en la neocorteza (si el lector desea saber dónde se encuentra esa importante área, solo haga nuevamente el ejercicio de la mano empuñada y verá que la corteza orbitofrontal se encuentra en la parte inferior de los dedos, llegando a la uña o, puesto de un modo más simple, se encuentra sobre los ojos). Esta área tiene diversas funciones, especialmente relacionadas con la toma de decisiones, la formación de expectativas, pero también se la ha vinculado con la regulación de las emociones, especialmente las relacionadas con el vínculo hacia otras personas. Su alteración es muy importante en la infancia ya que se desarrolla entre el noveno mes de vida hasta la mitad del segundo año (periodo esencial para el proceso de socialización del niño). Se han realizado estudios con madres y padres mirando fotos de sus hijos, y se ha encontrado que se activa esta COF. Lo interesante es que cuando se analiza la actividad cerebral del infante mirando fotos de sus padres, se activa la misma región en su cerebro. Por ende, es un área fundamental para el desarrollo del apego y la comunicación no verbal entre cuidadores y sus hijos. En los niños que han sufrido experiencias dolorosas durante los primeros años de vida, esta estructura se encuentra alterada tanto en su volumen como en su bajo nivel de actividad.

La razón de especificar tanto los efectos a nivel cerebral del trauma complejo es para demostrar que, a diferencia de lo que se suele pensar, las vulneraciones tempranas tienen efectos masivos en el desarrollo del niño durante los primeros años de vida. Muchas teorías clásicas planteaban que, dado que el niño pequeño no recuerda ni es capaz de comprender las situaciones de riesgo, eso no alteraría su desarrollo y, por ende, no era necesario intervenir en esas etapas tempranas de la vida. Los hallazgos presentados aquí demuestran justamente lo contrario: primero, el trauma temprano tiene los efectos más nocivos para el desarrollo y salud mental y física de las personas; segundo, es la etapa en la que mayor sensibilización al respecto debe hacerse hacia los padres, educadores y profesionales, y, tercero, es la etapa en la que mayor consideración se debe tener en términos de las múltiples intervenciones y acciones reparadoras que se deben realizar en los niños (lo que no ocurre actualmente).

Finalmente, los estudios de niños que han estado institucionalizados desde temprana edad (y muchos de ellos siguen internados hasta la edad escolar o adolescente) han demostrado que el daño a nivel cerebral es masivo y tiene consecuencias negativas a

largo plazo. En general, se ha demostrado en primer lugar que esa situación afecta la capacidad cerebral para reconocer emociones en las expresiones faciales de los otros, junto con la dificultad de conectar ese reconocimiento con las emociones. Es decir que los niños institucionalizados ya tendrían severos problemas para poder «leer» las emociones que los otros expresan a través de sus expresiones faciales y así como para no poder asociar eso con lo que ellos sienten. En términos concretos, ese fenómeno es algo usualmente observado en aquellos niños cuando, por ejemplo, se pueden enojar con quien intenta acercarse de un modo cariñoso y positivo. Recuerdo a un niño de uno de los estudios que realizamos con infantes institucionalizados, que en cada aproximamiento con un juguete para invitarlo a jugar, él te miraba con cara desafiante y te agredía físicamente con expresión de enojo. Es decir, él ya había desarrollado un serio déficit para comprender qué significaban las acciones emocionalmente positivas y, por ende, era incapaz de sentirse bien en las interacciones agradables.

Otros estudios, ya con adolescentes institucionalizados, han identificado una baja actividad de la neocorteza asociada a conductas agresivas e hiperactivas. También se ha evidenciado que estos niños tienen el volumen de la amígdala agrandado. Si lo recuerdan, la amígdala son dos estructuras pequeñas en forma de almendra que se activa en situaciones de peligro y en otros contextos emocionalmente importantes, dándole señales al resto del cerebro para actuar. En los niños que han sufrido trauma, como se ha explicado, debido a que experimentan una vivencia continua de estar en peligro, su amígdala se sobre-carga, por así decirlo, y eso afecta su volumen. Entonces, en el trauma hay una sobreactividad de la amígdala, lo que hace al niño experimentar una vida de peligro crónico, pero, como veremos, ese peligro crónico está inundado de emociones desorganizadas de miedo, soledad, confusión y vergüenza.

Otros estudios han demostrado que aquellos niños que han sufrido trauma temprano tienen un volumen reducido de una estructura que se llama hipocampo (con forma de caballo de mar), que es la encargada de la memoria, especialmente de aquel tipo de memoria que pone en eventos las experiencias de vida (como una película). El hipocampo está muy cerca de la amígdala, en el cerebro límbico, y se ha demostrado que tienen conexiones muy intensas entre ambos. ¿Qué significa esto? Que cuando la amígdala se activa, el hipocampo se desactiva. Entonces, si el lector recuerda que en el caso de los niños en dolor la amígdala se encuentra crónicamente activada (como una señal de peligro constante), entonces el hipocampo empieza a dejar de funcionar,

generando como consecuencia una pérdida de la memoria de los eventos significativos. Esta es una las principales causas de por qué las personas que han sufrido trauma suelen tener vacíos de la historia de su infancia y muchos de ellos hasta son incapaces de recordar años de abuso.

Bruce Perry[12] investigador y psiquiatra norteamericano y uno de los pioneros en el tema del trauma. Hace algunos años realizó un estudio donde comparó el tamaño (radio) del cerebro de niños de tres años que vivían en una familia, en relación a niños de Rumania de la misma edad, pero que estaban institucionalizados y experimentando extrema negligencia desde sus primeros meses de vida. Las fotos de las imágenes de ambos cerebros son impactantes. Ambas fotos demuestran el efecto devastador de la negligencia y la falta de un cuidado específico, estable, predecible, sensible y comprometido en todo el desarrollo del cerebro. El tamaño del cerebro de los niños institucionalizados es casi la mitad del de los niños que viven en una familia «normal», mostrando un retraso de varios meses en su desarrollo, hasta el punto de que esos cerebros parecían tener el tamaño de niños de no más de dos años. Perry cuenta incluso la anécdota de que mostró ambas fotos a especialistas en neurología, sin decirles de quienes eran, y ellos quedaron impresionados pues el cerebro de los niños institucionalizados tenía características de pacientes con severos daños (pacientes mayores con principios de Alzheimer o demencia senil). El caso de las «fotos de Perry» ha seguido la famosa regla de que «una imagen vale más que mil palabras», ya que gracias a esas fotos (y muchas otras evidencias más), los políticos y legisladores se han convencido de lo que los psicólogos y psiquiatras sabían hace décadas: los primeros años de vida esculpen la estructura y funciones del cerebro, por lo que como sociedad debemos asegurarnos de entregar el mejor cuidado a la temprana infancia. En el caso de los niños con trauma, ese cuidado debe ser exponencialmente mejor, más sensible, más respetuoso, más especializado y, por sobre todo, más comprometido. Es por esto que todas aquellas personas que trabajan en instituciones con infantes en alto riesgo deben ser *super profesionales especializados en cuidado respetuoso*, sueño que todavía estamos a décadas de lograr.

Las revisiones actuales sobre los efectos del trauma en el desarrollo cerebral[13], si bien reconocen que existen evidencias contradictorias, que todavía se necesitan más investigaciones para dilucidar estos efectos y que existen pocos estudios en niños menores de seis años, han concluido que la edad de inicio y la duración del trauma se

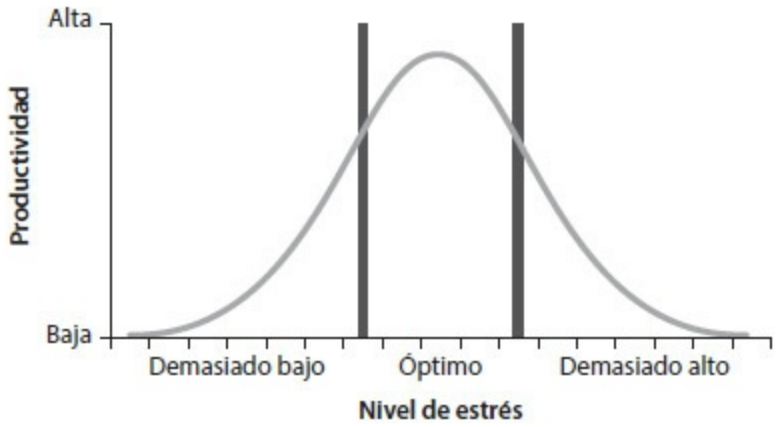
relaciona con el tamaño cerebral: a menor edad y mayor duración, menor volumen. Asimismo, el tamaño de la corteza prefrontal (área fundamental en el control de la conducta, la atención, la memoria, la expresión, comprensión y regulación emocional, y la conducta social) se encuentra disminuida en todas sus subáreas en niños que han sufrido diversos traumas. Como se mencionó, el hipocampo (área fundamental para la memoria y el aprendizaje) se encuentra reducido en el trauma: a mayor exposición al dolor, menor volumen. También, y como ya se ha mencionado, el volumen de la amígdala se encuentra aumentado (debido a su alta actividad para enfrentar las situaciones repetidas de peligro) en niños con trauma. Estudios muy recientes han encontrado que aquellos niños que experimentan un cuidado desorganizado e inadecuado suelen tener una amígdala hiperactivada.

Finalmente, otras áreas del cerebro se ven comprometidas en niños con trauma, tales como el cuerpo calloso (que conecta el hemisferio derecho con el izquierdo, permitiendo una comunicación cerebral de las emociones y la cognición), el cerebelo y las regiones temporo-parietales, todas áreas fundamentales para la sobrevivencia y el desarrollo del niño. Más allá de todas las evidencias, lo relevante a destacar es que el trauma afecta todas aquellas estructuras cerebrales que son esenciales para la adaptación y el desarrollo presente y futuro del niño, dejándolo con una «cicatriz» que lo imposibilita a llevar una vida adecuada en todos los dominios de la existencia. Estos datos refuerzan aún más la urgencia de sacar del olvido el dolor en la infancia, que se inserta no solo en la emocionalidad, sino también en la arquitectura central del cerebro humano.

En conjunto con todas las evidencias que se acaban de mostrar sobre cómo el dolor en la infancia afecta al cerebro, tanto en su estructura como en su función, existe otro sistema que actúa en armonía (o desarmonía) con el cerebro y que también se ve afectado, y ese es el «sistema de estrés». Dado que el estrés forma parte de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte, el cuerpo y el cerebro han desarrollado durante miles de años un sistema bastante sofisticado para enfrentarlo. Generalmente, las personas cuando escuchan o leen sobre el concepto de «estrés» suelen pensar en «estrés laboral», pero en la actualidad se sabe que el estrés es mucho más complejo y es un proceso esencial para la sobrevivencia. Desgraciadamente los niños se ven enfrentados hoy a cargas muy altas de estrés dentro de sus familias, en sus colegios, en la relación con los pares, en las exigencias académicas, deportivas, artísticas, espirituales, etc. Cabe mencionar que vivimos en un mundo moderno en donde no solo los adultos están

experimentando niveles exagerados de estrés, sino que, desafortunadamente, ese estilo de vida sobrecargado se está transmitiendo a nuestros hijos. El lector puede imaginar que si esa sobrecarga ocurre en condiciones cotidianas normales de los niños, en el trauma la sobrecarga es extrema, nociva y progresiva en ir alterando la vida en todas sus etapas.

Antes de adentrarnos en eso, es importante realizar algunas clarificaciones necesarias, ya que no todo estrés es traumático. En primer lugar, y en términos simples, el estrés es una amenaza percibida y sentida (sea interna y/o externa) para el organismo, que afecta toda su homeostasis, o equilibrio físico, psicológico y social. En segundo lugar, es de mencionar que existen formas de estrés que son positivas (el estrés bueno) y otras negativas (el estrés malo). El estrés bueno es aquel que, si bien altera en cierta medida la homeostasis de la persona, esta lo percibe como algo que tendrá consecuencias y beneficios positivos a corto y largo plazo (por ejemplo, estudiar para un examen o prepararse para una competencia deportiva o escribir un libro). El estrés malo es aquel que desequilibra a la persona, generando emociones negativas tales como la tristeza, el miedo y la angustia. En general, en el estrés negativo la persona percibe que la amenaza será dañina para sí misma. Un modo de comprender cómo funcionan ambos tipos de estrés es imaginar una U invertida:



Los niveles muy bajos o muy altos de estrés son perjudiciales, y el estrés optimo se encuentra en la punta de la U invertida. Es decir, en niveles bajos de estrés el organismo pierde la atención y energía para lidiar con las demandas internas y externas de la vida, y en niveles muy altos, la persona se encuentra en un estado de sobrealarma y peligro, no permitiéndole reaccionar de modo adecuado.

Aunque este esquema se ha utilizado para explicar el rendimiento de las personas en diferentes acciones (trabajo, deporte, estudio), también permitirá comprender que el estrés es altamente negativo en los niños que lo sufren crónicamente, y eso nos lleva al tercer punto.

Se ha demostrado que el estrés sigue un continuo desde lo que se conoce como estrés agudo, que son situaciones específicas que nos estresan (a veces pueden ser positivas); estas suelen ser eventos cotidianos de la vida que ocurren, nos desestabilizan, pero posteriormente existe una recuperación (por ejemplo, pasar un mal rato con un compañero de trabajo, o quedarse preocupado porque el niño no ha llegado todavía a casa). Después se encuentra el estrés agudo episódico que ya es más estable; la persona lo experimenta como algo más cotidiano y propio de su personalidad (por ejemplo, estar preocupado generalmente por que al niño le puede ocurrir algo, o estar con la expectativa angustiosa de fracasar en el trabajo). Finalmente se encuentra lo que se llama el estrés crónico, que es cuando ya la vida y experiencia cotidiana se vuelven altamente estresantes, enfermando progresivamente a la persona, bajo la expectativa de que nunca se podrá salir de esa situación permanente (es propio de las personas que viven en la pobreza o en situaciones cotidianas de constelación traumática).

La clasificación remite a la periodicidad del estrés, es decir, a cuán frecuentemente ocurre (donde a mayor frecuencia, mayor efecto negativo). Pero otros expertos hacen otra distinción, de acuerdo a los efectos del estrés en el organismo (no a eventos específicos), y distinguen entre estrés positivo, tolerable y tóxico. El estrés tolerable puede ser un evento traumático específico (un accidente, la muerte de un familiar), pero no necesariamente tiene consecuencias negativas a largo plazo, especialmente si ocurre una vez, o muy pocas veces, y si existe una red de apoyo parental que proteja y contenga al niño; los efectos son casi reversibles. El estrés tóxico es el tipo de estrés que es crónico, severo y que, por sobre todo, involucra una respuesta inadecuada y desprotegida de las personas significativas de los niños. Esa es una de las diferencias fundamentales con el estrés tolerable. Es decir, es ese tipo de estrés donde su fuente y origen provienen justamente de las personas que supuestamente deben proteger al niño y, por ende, es el que tiene los efectos más devastadores para su persona. Más aún, este tipo de estrés es tóxico porque el niño ya no tiene los medios para combatirlo, y gran parte de los anticuerpos que ha perdido vienen de las relaciones afectivas de cuidado proporcionadas por los padres, abuelos, tíos, profesores y cualquier sistema de cuidado presente para él.

Por lo tanto, siendo más concreto aún, el estrés tóxico es aquel que genera la constelación traumática.

¿Pero cómo podemos saber si el niño se encuentra en un estado de estrés tóxico? Lo primero que a uno se le ocurriría es simplemente preguntarle, por ejemplo: de 1 a 10, ¿cómo te sientes cuando vas al colegio?; también se puede hacer a través de un cuestionario donde se exponen diferentes eventos hipotéticamente estresantes para el niño, tales como «ir al jardín», «hacer las tareas», «ver a tus padres pelear», y se le pregunta si eso lo ha sentido «nunca», «a veces», «muchas veces», «siempre». Hasta el día de hoy, muchos estudios usan esas formas de evaluar el estrés. El problema es que cada niño ha desarrollado un estilo diferente de manejar el estrés (dependiendo de muchos factores genéticos, emocionales, cognitivos, sociales, etc.). Entonces, puede ocurrir que le preguntas a un niño si ha sentido estrés al ir al jardín y te puede decir que NO, cuando sí lo ha sentido, o puede decirte que SIEMPRE, cuando no han sido tantas veces. Este ha sido un gran dilema y un tema interesante de investigación, ya que la forma como cada niño regula su estrés está relacionada preferentemente con el modo como sus figuras de apego lo han regulado en los miles de momentos de estrés que el niño ha experimentado. Algunos niños han desarrollado un modo más bien sobrecontrolado para manejar su estrés, otros un estilo más bien descontrolado, otros un estilo más adecuado y adaptativo, y otros (que son los que nos interesa comprender) tienen un estilo desorganizado, impredecible y muy confuso. Esto se comprenderá cuando revisemos el rol del apego en el trauma.

¿Cómo se ha solucionado esta dificultad para evaluar y comprender el efecto del estrés en los niños? A partir de una hormona que se llama cortisol y que justamente la llaman «la hormona del estrés». El cortisol permite que se pueda evaluar de un modo más directo y confiable cómo el cuerpo responde fisiológica y psicológicamente al estrés.

¿Qué es el cortisol y cómo funciona? Es una hormona que se secreta en la sangre, en momentos de estrés. Aunque su funcionamiento es complejo para explicarlo en este libro, se puede mencionar que cuando ocurre un evento de estrés, el cuerpo envía señales a un área del cerebro que se llama hipotálamo, el que secreta una hormona (hormona liberadora de corticotropina, o CRH) que viaja a otra área del cerebro (glándula pituitaria), donde se activa otra hormona (hormona adrenocorticotropica-ACTH), la que viaja a través de la sangre hacia dos glándulas que están encima de los riñones

(glándulas adrenales), las que estimulan la producción de cortisol. Todo este trayecto se llama el eje HPA (eje hipotalámico-pituitarioadrenal) y tiene como función principal el restablecimiento de la homeostasis del organismo. En términos más simples, cuando el niño (o adulto) experimenta algún evento estresante, se activa el eje HPA secretando cortisol, lo que permite que el organismo realice toda una serie de funciones para defenderse del evento. Estas funciones se relacionan con darle más energía a las partes del cuerpo que necesitan activarse (metabolizando grasas y proteínas), aumentar la frecuencia cardiaca y respiratoria para acelerar la entrega de glucosa y oxígeno a los músculos, y desactivar procesos de pensamiento que podrían enlentecer la respuesta de protección; asimismo, activar áreas cerebrales para tomar decisiones rápidas y automáticas. El lector quizás se acordará del ejemplo que se expuso sobre la persona que va caminando por la calle oscura y observa a alguien de «dudosa apariencia» acercársele de modo repentino. Así como en esa circunstancia actuaron diversos procesos y áreas cerebrales, también estuvo involucrado el cortisol, y el lector lo puede sentir, al acelerarse el corazón y la respiración, sentir las manos húmedas y buscar escapar lo más rápidamente posible de esa situación. Entonces, el cortisol nos ayuda a reaccionar de un modo inmediato frente al estrés, movilizando toda una serie de procesos biológicos para actuar frente a la amenaza. Pero si el lector se acuerda, resulta que «ese alguien» no era una amenaza, sino un excompañero de universidad. Entonces, la función del eje HPA también ayuda a que el organismo vuelva a la normalidad (homeostasis), bajando la frecuencia cardiaca y respiratoria, y volviendo a poner en funcionamiento ciertas funciones esenciales para la sobrevivencia que se habían apagado (tales como la digestión, el crecimiento, el sistema inmunológico, etc.). Evidentemente, disminuyendo también los niveles de cortisol que están circulando por la sangre.

Uno podría hacerse la pregunta lógica: ¿es necesario preguntarles a los niños si están estresados, si se les puede tomar una muestra de sangre para medir su cortisol? ¿Pero no es eso contradictorio si tener que «pinchar» a un niño es en sí un evento doloroso? Bueno, en los inicios de los estudios de cortisol se hacía de ese modo, pero después los investigadores encontraron una solución más eficiente (y que no provocaba dolor): hacerlo a través de la saliva. Es decir, sacando una pequeña muestra de saliva con un cotonito es posible medir el cortisol.

Seguimos avanzando: si ya se puede medir el cortisol en la saliva, otra pregunta será cuándo es mejor evaluar el estrés a través del cortisol. En general, se puede hacer de dos

modos, y eso es importante entenderlo para lo que viene a continuación. En el primero, yo puedo preparar (por así decirlo) una situación de estrés y medir el cortisol antes y después de ese evento. Por ejemplo, en los bebés se usan los momentos de vacunación; en niños un poco más grandes, a veces se usan procedimientos muy simples para activar el miedo (mediante una araña de mentira acercándose, por ejemplo); otras personas usan situaciones donde, en un ambiente desconocido, la madre o el padre se separan brevemente del niño, y posteriormente regresan. Con estos eventos breves de estrés no solo se puede medir el nivel de estrés en el niño, sino también cómo es que el sistema de estrés puede volver a la normalidad. En niños normales esta recuperación de la homeostasis puede ser rápida, pero en otros niños con dificultades puede ser más lenta o, como veremos, otros pueden no recuperar la calma y seguir estresados.

La segunda forma de medir el estrés es muy importante para comprender cuándo los niños tienen estrés crónico o tóxico. Diariamente, la secreción del cortisol sigue el ritmo circadiano (ritmo noche-día), lo que implica que en términos ideales hay un patrón diario de la actividad de cortisol en todas las personas. Este patrón es muy simple: el cortisol empieza a subir durante las horas de la mañana (cuando nos despertamos, 6-8 AM) y aumenta hasta las 14 o 15 horas, y posteriormente disminuye hasta sus niveles más bajos, que es antes de dormirnos. Este ciclo diurno de secreción de cortisol tiene la función de mantenernos alertas a través del día, y de activar el organismo hacia la búsqueda de alimentos, exploración, aprendizaje y experiencias. Es por esta razón que en las mañanas podemos estar más alertas y nuestra atención se va cansando cuando llegamos a la tarde, y sobre todo en la noche. Si ustedes pudieran medir cada una hora el cortisol de una persona, se darían cuenta de que si algo estresante le ocurre, inmediatamente se elevarán los niveles por encima de esta curva diurna de cortisol.

Estos datos sobre cómo funciona el cortisol durante el día nos permiten también comprender cómo el trabajo en las mañanas puede ser más productivo que el de la tarde, o que quizás es necesario que los niños asistan únicamente en las mañanas al colegio, porque el hecho de que se queden hasta tarde puede no obedecer a razones educativas, sino más bien a justificaciones adultas que implican no tener dónde o con quién dejar a los hijos si salen más temprano de la jornada escolar (tema muy discutido en educación, pero que no profundizaremos acá).

Entonces, ya tenemos todas las herramientas de conocimiento para adentrarnos en cómo funciona el sistema de estrés en aquellos niños que viven una constelación

traumática. Podría contarle al lector que no es tanto lo que se sabe sobre el estrés y el trauma en niños, pero existen datos muy interesantes, y otros que han sido un poco contradictorios y, por sobre todo, queda mucho por comprender cómo funciona un sistema de estrés traumatizado.

Para ordenar esto de un modo simple, lo que se conoce sobre los efectos del estrés en el dolor crónico de la infancia, el diagrama de la U invertida nos puede ayudar, solo que el lector debe imaginarse que los lados izquierdos y derechos de la U superan los rangos normales y se sitúan en zonas más extremas. Algunas investigaciones han mostrado que los niños en estado traumático se encuentran en un estado que se llama «hipercortisolismo». Recordemos la metáfora de «estar en la selva»: un niño experimenta un estado crónico de peligro, manteniéndose hiperalerta a cualquier amenaza que pueda venir, con su amígdala muy prendida y su neocorteza que se va apagando progresivamente, sus latidos y respiración se encuentran acelerados y sus emociones son de miedo, confusión, incertidumbre y soledad. En ese estado, el sistema de estrés tiene que funcionar «a toda máquina» para proteger al organismo de cualquier eventualidad que lo pueda dañar. Entonces, la secreción de cortisol es constante (es un «baño» de cortisol en todo el cuerpo del niño), ya que el peligro no se pasa y, por ende, el sistema de estrés también tiene que estar siempre alerta. Ese es uno de los primeros descubrimientos que se realizaron: en situaciones y experiencias de trauma complejo, las secreciones de cortisol son constantes y, a diferencia de lo que podría ser una curva que va descendiendo a través del día, estos niños no logran llegar a su homeostasis, y se mantienen siempre con niveles altos de esta hormona.

En el presente, el sistema de estrés está ayudando al niño a prepararse para cualquier peligro, pero desafortunadamente lo que se ha demostrado es que ese presente adaptativo es un futuro lleno de consecuencias negativas. ¿En qué sentido? El sistema de estrés funciona como si estuviera «tomando una decisión», dirigiendo toda la energía hacia la acción y la defensa, con la consecuencia de dejar de dar energía a otros procesos biológicos que son esenciales, tales como la digestión, el pensamiento, el crecimiento físico y cerebral, así como el sistema inmunológico.

Entonces, si el sistema sigue prendido secretando cortisol durante horas, días, semanas y hasta meses, todos esos procesos empiezan a dejar de funcionar. Como el sistema de estrés está usando toda su energía para sacar de la selva al niño, queda muy poca energía para el desarrollo de sistemas biológicos fundamentales para la sobrevivencia a largo

plazo, por lo que el desarrollo neuronal se atrofia, el crecimiento físico se estanca, el sistema inmune baja su capacidad de defender al niño de posibles enfermedades (incluso actuando contra el propio cuerpo, generando lo que se llaman enfermedades autoinmunes) y la maduración sexual se dilata. Por ende, desafortunadamente, el hipercortisolismo empieza a dañar al organismo para su funcionamiento futuro. Por ejemplo, se produce lo que se llama atrofia neuronal que, tal como su nombre lo dice, genera que las neuronas y sus conexiones dendríticas reduzcan su tamaño, alterando a largo plazo varias funciones relacionadas con las emociones y los procesos cognitivos. A largo plazo esto se ha observado en enfermedades degenerativas como la demencia senil o el Alzheimer. Pero el deterioro no se detiene ahí, ya que también se ha evidenciado que el hipercotisolismo produce neurotoxicidad, que es simplemente la muerte progresiva de las neuronas. Recuerden el estudio de Bruce Perry que comparó el tamaño de dos cerebros de niños de tres años, uno que ha vivido en una familia sin riesgo y otro que ha pasado sus primeros años institucionalizado. El primero tiene casi el doble del tamaño que el segundo. Eso demuestra cómo el trauma va literalmente «achicando» el cerebro del niño. Otro de los sistemas que va afectando el baño crónico de cortisol es el sistema inmune, que se encarga de proteger al organismo del estrés y las enfermedades.

Como veremos más adelante, gracias a una serie de estudios muy interesantes que se han realizado en la actualidad, el trauma infantil literalmente se mete en la piel de la persona que lo sufre y empieza a enfermarlo progresivamente, ya cuando llega a su juventud, generando mayor probabilidad de enfermedades tales como hepatitis, enfermedades en la circulación, dificultades cardiacas, un sistema inmune que funciona en niveles muy bajos, y toda una serie de enfermedades físicas que van deteriorando la calidad de vida de la persona. Si se mencionó que cuando actúa el sistema de estrés se ponen, por así decirlo, en «modo de espera» funciones vitales para el organismo (tales como las que se han indicado), una de ellas, que es muy importante, es el crecimiento físico. Por ejemplo, los niños institucionalizados, que nacen en la selva (familia) y siguen posteriormente en otra selva (las residencias), suelen tener un tamaño corporal menor a los niños de su edad. Lo mismo se ha encontrado en niños que han sido maltratados físicamente. Por lo tanto, aunque el sistema de estrés es fundamental para nuestra sobrevivencia, en aquellos casos donde se sobrecarga durante periodos prolongados de tiempo, termina afectando nuestra salud física y cerebral.

Finalmente, se ha demostrado en abundancia que tanto la hiperactividad de la

amígdala como un sistema de estrés hiperactivado alteran el funcionamiento cognitivo del niño (su neocorteza). Los niveles altos de cortisol afectan las conexiones neuronales en la neocorteza (especialmente en lo que se llama la corteza pre-frontal que, como su nombre lo indica, se encuentra atrás de la parte delantera del cerebro), afectando no solo el pensamiento abstracto, sino también las capacidades de regular las emociones de un modo adaptativo, y así como la capacidad de empatía y relacionamiento social. Es debido a lo anterior que los niños con historias de constelación traumática suelen tener dificultades en el rendimiento escolar y en las relaciones con los pares.

En 2012, las investigadoras Robin Karr-Morse y Meredith S. Wiley[14] publicaron *Scared Sick*, un libro cuyo título podríamos traducir como «enfermo de miedo». En este demostraron de un modo muy específico cómo el trauma en edades tempranas enferma literalmente el cuerpo y el cerebro adulto. Su planteamiento es que un porcentaje importante de las enfermedades físicas en la edad adulta provienen de infancias traumatizadas. El problema es que los médicos no suelen preguntar sobre el pasado doloroso de sus pacientes. Volveremos a eso más adelante.

Siguiendo con los efectos del cortisol, vamos ahora a la parte izquierda de la U invertida, donde encontramos lo que se llama «hipocortisolismo». Tal como lo dice el término, el hipocortisolismo se produce cuando el organismo deja de secretar cortisol, junto con las consecuencias que mencionaremos a continuación. Por ejemplo, se ha evidenciado que los niños que han sufrido situaciones de negligencia física y/o emocional, suelen mostrar lo que se llama un patrón «plano» de cortisol, es decir, sus niveles siempre están bajos durante el día. Lo mismo se ha demostrado en el caso de hijos con madres con depresión mayor durante los primeros años de vida del infante, o con depresión posparto durante ese periodo. Otra línea de estudios ha demostrado que algunos infantes de dos a tres años que han sufrido condiciones de lo que se llama apego desorganizado también suelen tener un patrón más bien plano de secreción de cortisol. Asimismo, investigaciones con niños mayores que han sufrido trauma, incluso desde la infancia temprana y edad preescolar, empiezan a mostrar una baja en la actividad del sistema de estrés (lo que llaman una curva plana de secreción de cortisol)[15]. Así como el hipercortisolismo enferma progresivamente a las personas con trauma, la falta de respuesta al estrés altera de la misma forma el cuerpo y el cerebro, ya que la persona no tiene «defensas» para combatir las experiencias dolorosas y, por ende, no se activan los procesos cerebrales, el sistema inmune, el crecimiento, el desarrollo del pensamiento y

las funciones abstractas. Incluso, estudios con veteranos de guerra también mostraron niveles bajos de cortisol, expresados a través de una actitud anestesiada y sin vitalidad. La pregunta que surge inevitablemente, es por qué algunos niños muestran un patrón hiper y otros uno del tipo hipo. ¿Dónde está la diferencia en las experiencias de ambos tipos? Aunque es probable que la respuesta encierre muchas variables, podemos aventurar una hipótesis simple: el sistema de estrés funciona como todo sistema natural bajo los efectos de la entropía (el desgaste natural del tiempo).

Pero imaginemos a un niño que está en la selva y que para protegerse necesita usar su cerebro límbico y su sistema de estrés al máximo de modo de poder protegerse del peligro y de sus emociones caóticas. Entonces, la sobreactivación parece ser una respuesta adaptativa para el momento presente del niño, ya que le permite estar alerta para cualquier amenaza que se pueda producir. Esto se aumenta más si el niño ya ha experimentado situaciones peligrosas, entonces el cerebro y el sistema de estrés están «programados» para una constante alerta, donde la expectativa del niño es que si ya ocurrieron eventos traumáticos, es altamente probable que vuelvan a pasar. En ese sentido, ambos sistemas funcionan bajo el principio de la predictibilidad y la regularidad (si X ha pasado varias veces, entonces es altamente probable que seguirá ocurriendo). Aquí es adaptativo estar en estado de hipercortisolismo como modo de protección y sobrevivencia. Por ejemplo, estudios de niños que estuvieron institucionalizados durante el primer año, siguen mostrando niveles altos de cortisol durante los primeros meses después de ser adoptados, lo que muestra que el sistema de estrés todavía sigue en estado de peligro debido a que ya estuvo algunos meses en esa condición, cuando los niños estaban en las instituciones. Entonces, en los casos de constelación traumática, muchas veces el peligro sigue ocurriendo, y en ocasiones dura años, y aun cuando el peligro ya no es real y presente, sigue estando en la mente y el cuerpo de la persona. Por ende, el hipercortisolismo pareciera ser como una primera etapa de funcionamiento del sistema de estrés, donde el cortisol se mantiene en altos niveles, como un modo de hacer frente a la amenaza real y percibida, lo que implica que el sistema de estrés se sobrecarga, dejando las otras funciones biológicas «abandonadas».

Cuando la amenaza sigue ocurriendo durante varios años, el eje HPA pasa a una segunda etapa, que es un estado de ausencia de secreción de cortisol. En ese estado, el sistema funciona en su grado mínimo de actividad, ya que es como si el cuerpo y el cerebro se rindieran frente al peligro, y el niño ya no parece estar alerta, sino más bien

desconectado y anestesiado, sin la esperanza de que la situación vaya a cambiar. El hipocortisolismo es así expresión de un organismo que se cansó de pelear y se rinde frente al trauma, funcionando en sus niveles mínimos de energía. Ya no pudiendo hacer frente al estrés, el sistema se desgasta y deja de funcionar. El estado de hipocortisolismo también podría tener una función de sobrevivencia al desconectar el organismo de más experiencias traumáticas (como una barrera protectora), pero con la consecuencia de que esa desconexión deja al niño ausente emocional y cognitivamente, y actuando como si ya nada le importara, apareciendo con una actitud «de zombi». Otra posible variable que afecta ambos estados es la edad y el tiempo en que se produce el trauma, ya que se ha demostrado que mientras más temprano y más tiempo dura la experiencia dolorosa, más nocivos son los efectos en el cerebro y en el cuerpo.

Antes de pasar al próximo tema, es importante recalcar lo siguiente: imaginen que los sistemas cerebrales y de estrés funcionan como una radio que va subiendo o bajando de volumen. Hay veces en que el volumen está siempre muy alto (hiper) o muy bajo (hipo), y en otros momentos va variando. Bueno, en ese sentido el dedo que sube o baja el volumen son las relaciones de apego y cuidado (es lo que veremos en el capítulo 3).

Solo para anticiparle al lector la importancia que tienen las relaciones familiares en el trauma, y dado que estamos en el tema del estrés, es interesante explicar el estudio del antropólogo Mark Flinn[16]. En el año 1998, Flinn llegó a la isla de Dominica en el Caribe, para analizar el estilo de vida de los niños y sus familias. Para esto, eligió uno de los pueblos más alejados, donde muchas de las casas son de madera y no todos sus habitantes tienen electricidad y agua. La composición familiar es muy movible: los padres suelen viajar a otros lugares a trabajar, las madres tienen que salir del pueblo a buscar trabajo y, por ende, los niños viven en estructuras familiares muy cambiantes, a veces con sus tíos, abuelos, amigos de los padres. Sin embargo, la red de apoyo es muy alta. Como buen antropólogo, Flinn se propuso observar de un modo sistemático la vida cotidiana de estos niños, pero a diferencia de otros quiso ir más allá: se propuso evaluar en ellos los niveles de cortisol. Entonces, realizó un estudio impresionante en los pequeños de Bwa Mawego, evaluando a 287 niños en sus patrones de cortisol. Algunas veces les tomaba muestras varias veces al día (cada hora), a veces se dedicaba a observar a ciertos niños y les estaba constantemente sacando saliva, hasta que llegó a tener alrededor de veinticinco mil muestras. Pero no solo hizo eso, sino que cada vez que tomaba una muestra de cortisol les preguntaba cómo había sido su día, cómo se sentían,

qué habían hecho el día anterior, etc. Más aún, siguió evaluando a estos niños hasta los dieciocho años, e incluso a algunos los siguió observando hasta los treinta. Después de todos esos años de estudio, su conclusión fue clara y tajante: a pesar de que el nivel socioeconómico, educativo, la salud física, son procesos que afectan el estrés, existe una variable que parece tener el peso más impactante de todas: la estabilidad y calidad familiar.

Lo que Flinn demostró es que los niveles más altos de cortisol se producían cuando las familias experimentaban algún trauma producto del tipo estrés tolerable, como por ejemplo cuando los padres pelean, o cuando la madre se ausenta mucho tiempo de la casa, o cuando la abuela castiga al niño con una cachetada; o del tipo estrés tóxico, como por ejemplo la muerte de la madre, o el castigo físico constante, o la violencia extrema en la familia. Lo que este antropólogo encontró es que cada vez que ocurrían estos eventos, los niveles de cortisol del niño eran muy altos, y algunos días después el niño caía enfermo de algo. Para Flinn, la estabilidad familiar, un ambiente libre de trauma y una red de apoyo de otros miembros del pueblo, eran aspectos fundamentales de la salud mental y física del niño, más allá del nivel socioeconómico y socioeducativo del grupo familiar. El observó también los mismos patrones de hiper e hipocortisol ya explicados. Sus resultados mostraron que los niños con hipocortisol aparecían como «apagados», cansados, sin ganas de jugar o de tener cualquier actividad, eran menos sociables, se enfermaban más frecuentemente y presentaban problemas para dormir. En el segundo patrón (hipercortisolismo), los niños eran muy ansiosos, temerosos y se enfermaban de igual manera que los anteriores. En ambos tipos, él encontró que los niños nunca se «acostumbran» a las experiencias traumáticas, y de algún u otro modo, siempre el ambiente familiar tóxico los afectaba y se les «metía en la piel». A pesar de que el estudio fue realizado en un lugar alejado de la vida moderna occidental, la lección de Flinn es que el efecto que tiene la familia en el estrés y el trauma es una constante universal. En nuestro mundo moderno, los niños viven sobrecargados de tareas, pasan horas fuera de su casa, experimentan constantes exigencias de parte de su familia, colegio y pares, y muchos de ellos suelen ser sobreestresados bajo expectativas y tratos inadecuados. Por lo tanto, el estrés tóxico puede estar más cerca de lo que uno imagina.

Las emociones en dolor

Cuando pensamos en las emociones negativas de un niño que ha sufrido TC, desafortunadamente la lista es muy larga: miedo, vergüenza, soledad, caos, confusión, tristeza, ansiedad, angustia, vacío, rabia, impotencia. Sin embargo, hacer esta extensa lista no ayuda mucho para comprender el dolor del trauma de un niño. Algunos investigadores que estudian el vínculo padres e hijos (o lo que explicaremos más adelante como «apego») han encontrado que una emoción fundamental que organiza gran parte de la experiencia traumática es el MIEDO. Esta emoción parece hacer la diferencia entre sentirse solo y en peligro en diferentes situaciones de alto estrés, y no sentirse solo y en peligro en situaciones que pueden parecer igualmente estresantes.

Voy a dar un ejemplo para aclarar la situación antes descrita: Alberto es un niño de ocho años que acude a terapia debido a que sus padres ya están «cansados de sus malas notas y su mal comportamiento en el colegio y en la casa». En la consulta, los padres se quejan constantemente de él, incluso estando el niño presente, de que no hay caso con que haga un esfuerzo por sacarse buenas notas. Además, le recriminan que no ayuda en la casa, molesta a su hermana menor y a veces pareciera que le divirtiera estar haciendo «tonterías» todo el rato. La madre expresa que a estas alturas es casi como si al niño le gustara hacerle la vida imposible a todos. Frente a la pregunta inevitable, sobre qué es lo que ellos han hecho frente a estas conductas y actitudes problemáticas del niño, ambos padres responden casi al unísono: «¡Qué no hemos hecho!». Ellos refieren que lo han castigado muchas veces, quitándole sus juguetes, no dejándolo salir a jugar, no permitiéndole ver TV por semanas, y que incluso reconocen que han tenido que recurrir al castigo físico, como pegarle «coscorrones» o tirarle el pelo. El padre reconoce que un par de veces se ha descontrolado porque Alberto rompió todos los controles de la televisión y alguna vez le pegó con un cinturón. Me llamaron la atención dos aspectos de esa familia. Primero, el nivel de descontrol del padre refiriéndose hacia su hijo con adjetivos muy negativos, tales como «flojo», «bueno para nada», «imposible», «manipulador». Lo segundo fue la actitud del niño, como si no le importara lo que sus padres decían de él, preocupándose en cambio de otras cosas, como pedirle el celular a su madre, poner caras sutilmente irónicas cuando el padre se quejaba de él, manteniendo una postura casi «altanera». Pero lo que no observé en el niño, sin embargo, era miedo hacia su padre. ¿Por qué, considerando el modo como lo trataba, y la agresión psicológica y física que cometía hacia él?

Veamos otro ejemplo similar. Se trata del caso de un niño en general bien

comportado, que llega a verme junto a su familia porque le había hecho bullying a unos niños de cursos menores. No era algo constante, pero los había molestado, golpeado y quitado sus videojuegos. El colegio consideró que esta conducta era grave, siendo «causal de expulsión», pero dado el comportamiento intachable y las buenas notas del niño, solo habían decidido dejarlo «condicional», teniendo que asistir cinco sábados a hacer tareas en el colegio. Los padres, a diferencia del caso anterior, parecían muy calmados, especialmente el padre. Él expresa que en la familia no se toleran ese tipo de conductas, que lo que hizo era inaceptable y que se merecía todo el castigo que le habían dado. Yo le hago la pregunta de rigor: «¿Qué hicieron ustedes cuando supieron lo del bullying», a lo que el padre expresó: «No tuve que hacer mucho, él sabe lo que pasa cuando se porta mal o hace cosas en contra de las reglas de la familia», y mira fijamente al niño, quien expresa una actitud muy quieta, escuchando todo lo que el padre dice. Yo a su vez le expreso al padre que no me queda muy claro qué significa esto de que «no tuvo que hacer mucho», a lo que él me explica: «Yo no he criado a mis hijos como los padres modernos que dejan que hagan lo que quieran, yo simplemente los miro y ellos saben lo que va a pasar». Obviamente, pido que me aclare un poco más qué es lo que va a pasar y él me dice que el niño está castigado sin salir por dos meses y tiene prohibido seguir jugando básquetbol hasta fin de año (él estaba en el equipo del colegio y, según me cuenta posteriormente, es lo que más le gusta hacer). Finalmente, el padre agrega que no tuvo que conversar con él sobre lo ocurrido, solo bastó una mirada y ya él sabía lo que iba a suceder. De hecho, el padre (a diferencia del anterior) no se refería con malas palabras hacia su hijo, pero no lo miraba cuando relataba todo lo ocurrido. Yo observo al niño y su actitud es una mezcla de estar muy callado e inmóvil, pero también de observar constantemente al padre con una mirada muy alerta. Aquí sí la emoción del niño es de MIEDO. Su actitud es como la de un niño menor a su edad, atemorizado, como si tuviera que calcular cada movimiento o palabra como un modo de anticipar algún peligro. Finalmente, le pregunto al papá si alguna vez ha tenido que acudir a algún tipo de castigo físico para evitar que el niño se porte «mal», y me responde «no es necesario».

Entonces, tenemos dos historias, una donde un padre está descontrolado y se refiere negativamente hacia su hijo, llegando a castigarlo físicamente, y otra donde el padre no recurre al castigo físico, pero le genera miedo a su hijo. Lo que muestran ambos casos es que el miedo no solo se encuentra en los eventos objetivos (tales como un terremoto o un accidente), sino que es más esencial para la sobrevivencia y yace al interior de la familia

u otros seres significativos. En ese sentido, el miedo que más miedo genera proviene de las personas que deben protegerte. Puesto de otro modo, y como se ha demostrado, en el caso del trauma, *la selva* son las personas significativas que deben cuidar y proteger al niño.

El miedo, entonces, no siempre viene de los malos tratos obvios (como el maltrato físico), sino que puede ser activado de formas muy sutiles por figuras de apego que de uno u otro modo aterrorizan al niño. En el primer caso, el padre es descontrolado y hasta castigador, pero no le genera miedo al niño. En el segundo caso, el padre parece estar en control y, sin acudir al maltrato físico, tiene al niño atemorizado. Por ende, lo primero a tener en cuenta es que el miedo no siempre se encuentra en los eventos observables y obvios, sino que puede mostrarse en muchas formas y facetas, y eso es algo que el lector debe tener siempre presente. ¿Cómo hacerlo? Observando al niño, sin quedarse en el prejuicio de conductas que culturalmente se han definido como aterrorizantes, sino que buscando indicadores que muestren que el niño vive en un estado de miedo. En el capítulo 4 se entregarán algunas guías para detectar el miedo y otras emociones y conductas traumáticas.

¿Pero por qué el miedo parece ser la emoción más básica y fundamental en el trauma? Piensen nuevamente en la importancia de la sobrevivencia como un proceso que define literalmente la vida o la muerte. Ahora, piensen en un bebé que nace esencialmente inmaduro y desvalido, para quien su única forma de sobrevivir es apegarse a algún adulto que le entregue protección. El miedo es la emoción que activa el apego hacia algún adulto y, por ende, es lo que asegura la proximidad y la seguridad del infante (cuando es calmado y protegido). Asimismo, la ausencia del miedo es lo que le permite al niño explorar y aprender del mundo y de las otras personas.

Vayan un poco más allá e imaginen que el cuidador, el protector, es la persona que justamente se convierte en el peligro. El origen del peligro es lo que debería ser el origen de la protección. Eso desorganiza y enferma al ser humano de un modo traumatizante (como ya hemos empezado a analizar en lo que se refiere al cuerpo). La emoción de miedo es la señal primaria y primera que le indica al niño que se encuentra en una situación de peligro. Es la primera alarma que se activa y reactiva constantemente en la vida traumatizante del niño y es entonces la emoción que va organizando el resto de sus experiencias. Sentir miedo de tu protector es la primera semilla del trauma complejo,

junto con todo lo que viene después… (recuerden lo que se ha hablado de la amígdala, el cortisol y el peligro).

Pero ordenemos un poco más este importante tema del miedo en el trauma infantil. Alicia Lieberman, psicóloga e investigadora, directora de uno de los centros de investigación e intervención en el trauma temprano (el Proyecto de Investigación del Trauma) en el Hospital de San Francisco (EEUU), ha desarrollado un modelo de atención en trauma durante los primeros tres años de vida, el que ha sido ampliamente utilizado en Estados Unidos y otros países[17]. Dentro de sus múltiples propuestas, plantea que todo niño tiene lo que ella llama «miedos normativos», es decir, esperables de acuerdo a su nivel de desarrollo. Esto no implica que estos miedos se experimenten constantemente en cada niño, sino más bien son expectativas de peligros que ellos desarrollan y que les permite anticipar o efectuar ciertas conductas, especialmente en relación a sus cuidadores significativos. Liebermann los entiende como «peligros internos» que existen en el niño, independientemente de las circunstancias. El problema ocurre cuando estos miedos se confirman en la realidad cotidiana del infante, y ahí es donde empieza la generación de la experiencia traumática del niño.

Los miedos normativos son:

– El miedo al daño corporal.
– El miedo a ser abandonado.
– El miedo a no sentirse querido.
– El miedo a hacer algo mal.

El *miedo al daño corporal* empieza a experimentarse en los primeros meses de vida, incluso en situaciones cotidianas como experimentar hambre, en que el bebé siente malestar en su cuerpo al no ser alimentado prontamente. En niños mayores, este miedo puede ya estar relacionado con experiencias de daño físico, en eventos como caerse o pegarse en alguna parte del cuerpo (por ejemplo, en la rodilla). Es decir, ya desde temprana edad el niño puede percibir señales internas (de su cuerpo) como externas (una caída) que le avisan que existe un peligro que va a resultar en un daño al cuerpo. Tal como se explicitó, en condiciones fuera de experiencias traumáticas, este peligro le va ayudando al infante a cuidarse a sí mismo, pero por sobre todo a pedir ayuda a un adulto

para ser protegido y confortado en el dolor. Por ende, el miedo al daño físico es tanto una señal de amenaza interna como una señal que motiva a pedir ayuda y seguridad.

En el caso de trauma, el daño físico se puede convertir en una realidad cotidiana y el cuerpo empieza a organizarse para anticipar futuras amenazas físicas. Lo que es evidente es que un infante no tiene los medios biológicos y emocionales para lidiar con la experiencia de dolor. Entonces, el miedo al daño pasa de ser una expectativa a una realidad, y eso empieza a organizar el mundo emocional del infante. Recuerdo el caso de un bebé de seis meses que había sido institucionalizado debido a que se sospechaba que la madre, en estado de descontrol y angustia frente al llanto, lo tomaba y lo zamarreaba, e incluso lo habría golpeado en varias ocasiones. El bebé, estando en la institución, presentaba un estado de «extremo miedo», presentando el cuerpo rígido, la mirada excesivamente hiperalerta y con reacciones de temblores cada vez que alguna cuidadora se le acercaba para tomarlo en brazos. Aunque la cuidadora no era la fuente del daño, ya a los seis meses el cuerpo y el cerebro del bebé estaban programados para anticipar el dolor, toda vez que un adulto se acercaba.

El *miedo a ser abandonado* resulta de la expectativa de que las figuras parentales dejen solo a un niño en situaciones extrañas, pero también se relaciona con el miedo de que puede ser que los padres o cuidadores no vuelvan si ellos se han alejado. En este miedo subyace toda la dinámica del sistema de apego que explicaremos en el capítulo siguiente. Sin embargo, es importante comprender que cada niño va desarrollando un estilo diferenciado de acercarse y alejarse de sus padres. En momentos de estrés se activa el acercarse y en momentos libres de estrés el niño siente la necesidad de explorar (jugar, caminar hacia algún lugar, etc.). Ambos aspectos son vitales para su sobrevivencia y su desarrollo. Se plantea que este miedo aparece más tardíamente, alrededor de los dieciséis a veinte meses. Sin embargo, se ha demostrado que ya entre los diez y los doce meses se observan claras reacciones de estrés cuando la madre se aleja. En condiciones normales, las expectativas del niño es que si los padres se alejan, siente la seguridad de que ellos van a volver. La razón de esta expectativa está dada porque en situaciones de alejamiento pasadas, los adultos han sido directos y predecibles en volver y calmar al niño. Entonces, se puede comprender que esta relación entre alejarse y acercarse es fundamental para la protección del niño frente a peligros y, por ende, es fundamental que él pueda anticipar la disponibilidad del adulto ante el estrés y el peligro.

Desafortunadamente, en muchos casos estas condiciones normales no se dan, y

existen muchas formas en que los adultos pueden hacer realidad la expectativa del niño de ser abandonado. En varias ocasiones he visto a padres y educadores que preguntan si el niño tiene «un problema en el apego» debido a que lloran de un modo muy intenso cuando se separan de sus padres. Muchas veces se piensa que existen problemas en el niño cuando, por ejemplo, llora al ir al jardín, y el llanto es muy intenso, o dura días y semanas, y hasta meses, cuando lo dejan. Lo que se ha demostrado en estudios realizados durante décadas es que el llanto frente a la separación es algo absolutamente normal, y que incluso es una señal de que el niño puede usar el llanto para comunicar un estrés esperable: alejarse de sus figuras significativas. Esto se ha discutido mucho y por eso es importante aclararlo. Los niños que lloran frente a la separación están expresando un miedo normal, de acuerdo a su edad. Pero la creencia popular es la opuesta: si no llora es un niño más sano y seguro en su relación con los padres. O, puesto de otro modo, los niños que lloran es porque tienen la confianza de que pueden expresar su estrés a través del llanto, y de que es probable que eso cambie la situación estresante (la separación).

Por otro lado, muchos niños no lloran porque, o se han acostumbrado a las separaciones temporales, o ya tienen la expectativa de que el llanto no va a generar ningún cambio en su situación actual. El lector puede pensar que esto que digo no es totalmente cierto, ya que han visto a niños llorar de un modo tan intenso y por tan largo rato, que pareciera difícil no pensar que hay una dificultad en el vínculo con sus padres. La verdad es que en algunos casos eso puede ser completamente cierto, pero el punto para observar si el miedo a la separación se debe a algún problema en el apego, es otro: lo que ocurre cuando el niño vuelve a ver al adulto del cual se ha separado. Como ya se ha dicho, el miedo al abandono o la separación es algo normal desde los diez a doce meses de vida. La diferencia es que cuando los infantes tienen la expectativa de que los cuidadores volverán (no lo han abandonado), se suelen calmar prontamente en el momento de la reunión. En cambio, aquellos donde el miedo normativo se vuelve una realidad suelen quedar estresados, y a veces enojados cuando vuelven a ver al adulto. Debido a que los padres han sido impredecibles, ambiguos en su modo de reaccionar en momentos de separación, el niño va desarrollando la experiencia de que no tiene la certeza de que vayan a volver, o de cuándo van a volver, o simplemente si serán adecuados en poder calmarlo en ese momento.

Pero vayamos al caso del trauma: aquí han existido experiencias reales de abandono,

sea de manera física o emocional. Hay casos en los que alguno de los cuidadores ha abandonado al niño (dejándolo con otras personas) o casos en que un cuidador ha muerto. El punto es que aquí el adulto se ha separado físicamente del niño, por un periodo prolongado de tiempo, o permanentemente. El abandono es real y tiene efectos traumáticos para el niño. Pero en otros casos el cuidador está físicamente presente, pero emocionalmente ausente. Son casos que se llaman de «negligencia emocional», donde el punto central es que el infante observa al adulto, pero en momentos de estrés este no hace nada por calmarlo, protegerlo y contenerlo. En ambos casos, el miedo al abandono se vuelve una señal constante de alarma para el niño, ya que la expectativa es que no habrá conductas de protección, y la experiencia resultante es la soledad (la que es insoportable para un niño durante sus primeros años de vida). Los efectos del abandono son muchos, pero el punto es que el pequeño queda crónicamente activado en el miedo; entonces, algunos se aferran a algún adulto, y otros se desconectan del mundo y pareciera que nada les afecta.

Estudios llamados «longitudinales» (que investigan a los niños durante varios años, incluso hasta la adultez) han comprobado que los efectos de la falta de disponibilidad emocional tiene consecuencias desorganizantes para la vida de la persona. El miedo al abandono va moldeando la forma del niño para relacionarse con los otros y consigo mismo, quedando la herida interna en la mente y las emociones de que nunca los otros estarán para él, especialmente en momentos de dificultades. El miedo traumatizante al abandono se va convirtiendo en una desconfianza crónica hacia el cariño y la disponibilidad de los otros. Volver a recuperar esa confianza humana en la protección de los otros requiere de mucho esfuerzo, tiempo y paciencia, entregando justamente lo que perdieron.

El *miedo a no ser querido* es más complejo en muchos sentidos. Se plantea que aparece ya después del tercer año de vida, pero la forma de observarlo puede ser muy difícil. En un sentido normativo, los niños pueden sentir momentáneamente que no son queridos, debido a que han hecho algo que los cuidadores consideran inapropiado y han recibido por ejemplo, un castigo o se les ha dicho que no debieron haber hecho algo «malo». Aunque algunos adultos piensan que a los niños no les afecta, la realidad es que el reto, el castigo, los comentarios negativos, afectan las emociones del niño y el sentido de ser queridos por sus cuidadores. Esto no significa literalmente que ellos sientan que

no los quieren, pero experimentan el rechazo y la expectativa de no ser lo que se espera de ellos.

Desafortunadamente, décadas y siglos de utilizar el castigo y el reto para criar a los niños han insensibilizado a los adultos sobre los efectos que estas acciones tienen. Lo sorprendente es que cuando a nosotros nos ocurren situaciones de ese tipo (ser recriminado por haber fallado en el trabajo o que alguien nos levante la voz de un modo negativo), inmediatamente experimentamos el ser rechazado.

El *miedo a no ser querido* opera en un nivel más complejo que el miedo al daño físico o al abandono, porque aquí se niega o invalida el ser del niño. No es necesario complicar mucho esto con una metafísica de la infancia, ya que la experiencia normativa es bastante simple de explicar. Veamos un ejemplo cotidiano: un niño es castigado por quitarle un juguete a su hermano menor. El niño se defiende argumentando que su hermano le había quitado y roto uno de sus juguetes preferidos el día anterior, a lo que el padre le dice: «no me importa, no se le pega a los niños más chicos, especialmente a tu hermano». Independientemente de si la acción y comentario del padre son adecuadas o no, lo que ocurre es que en ese momento la emoción de rabia del niño no es comprendida, y menos es aceptada. El mensaje es que lo que siente el niño no es relevante, no es válido.

En el caso de muchas disciplinas del tipo autoritarias, esto suele ocurrir muchas veces. El punto complejo es el siguiente: si tus emociones no son consideradas o validadas, tampoco es validada tu forma de ser. Ya me imagino a muchos lectores formulándose la pregunta clásica: ¿entonces se lo debe dejar ser?, ¿cómo aprenderá a saber qué es lo correcto o lo incorrecto? Les pido que dejemos eso a un lado por el momento, pero mientras puedo aclarar que validar no es lo mismo que «dejar hacer al niño lo que él quiera». Validar es decir «entiendo lo que sientes». Lo voy a poner de un modo más psicológico: cuando valido las emociones y pensamientos de un niño, él se siente como una persona cuyas emociones y pensamientos son dignos de ser sentidos y pensados. Alguien lo puso de un modo más adecuado que yo: «Lo que el niño no puede comunicar a la madre, no puede comunicárselo a sí mismo»[18]. ¿Se entiende? Si el niño vive en una familia donde las expresiones de rabia no son aceptadas como regla explícita o implícita, el niño tendrá dificultades para reconocer después cuándo está enojado (y quizás deje que los otros pasen por encima de él, al no poder reconocer su enojo en determinadas situaciones). Lo mismo pasa con todas las emociones.

¿Pero qué tiene que ver esto con el miedo a no ser querido? Recuerde que todavía estamos en un miedo normativo (normal) y, en ese sentido, sentirse no querido es sentirse no aceptado en las cosas que se sienten, se piensan y se actúan. Y si el lector sigue pensando en ¿y entonces qué se hace?, le puedo responder que decirle a un niño que no es correcto lo que hizo, no implica necesariamente expresarle que no importa lo que siente o piensa. Más concretamente, es diferente decir «no me importa, no se le pega a los niños más chicos», a decir: «entiendo que estés enojado, pero no creo que tu hermano lo haya hecho con intención».

Pero no nos desviemos del tema…

En el mundo del trauma, el miedo a no ser querido es un mensaje que se le ha entregado al niño en muchas ocasiones, de forma real y explícita, a través de las acciones traumatizantes, pero también de un modo explícito al decirle: «No te quiero», «nunca te debí haber tenido», «solo eres una molestia para todos». Al parecer, esa experiencia de sentir y escuchar el mensaje de no ser querido es algo que los niños buscan minimizar e incluso negar, debido a que eso implica una ruptura objetiva del vínculo más importante para la sobrevivencia del infante.

En una serie de estudios que hemos realizado en los que entrevistamos a niños de siete a dieciocho años sobre diversos aspectos de su familia, a través de una entrevista semiestructurada, una de las preguntas formuladas es: «¿Has sentido alguna vez que tus padres no te quieren?». La investigación fue realizada en niños institucionalizados a causa de haber sufrido diversos traumas extremos en su infancia, perpetrados por sus padres. Alrededor del 90% de ellos respondió «No» a la pregunta. Esto es muy interesante, y demuestra la fuerza motivacional de vida que los niños tienen para mantenerse vinculados emocionalmente a sus cuidadores, incluso en situaciones de extremo riesgo. La expectativa del cuidado y el cariño de estos niños hacia sus padres pareciera funcionar como una protección adaptativa de seguir apegados a ellos, en la fantasía de que en el futuro sus condiciones de vida cambiarán. Esto demuestra la fuerza biológica que tiene la necesidad de estar vinculado y cuidado por un otro significativo, lo cual puede llevar a que el niño niegue sus experiencias traumáticas, a expensas de anticipar que los padres volverán por ellos. Tan poderosa y compleja es esta fuerza del apego, que cuando a estos niños se les pidió que formularan tres deseos, la mayoría de ellos expresó volver a sus familias, y algunos de ellos expresaron «ser cuidados por alguna familia». Por ende, el miedo a no ser querido en el trauma, a pesar de ser una

experiencia real, permanece escondido en la mente de los niños, siempre con la fantasía de reencuentro con sus figuras de apego.

Finalmente, se ha definido el *miedo a hacer algo malo*, que también aparece en el tercer año de vida, y se refiere a aquellas situaciones cotidianas en las que un niño hace algo que es desaprobado por los padres, en relación a sus expectativas. Estas situaciones suelen ser del tipo «no comer la comida», «pelear con el hermano», «botar un objeto», «ensuciar», «portarse mal», «sacarse malas notas», etc. En este caso, el miedo es a no llenar las expectativas de conductas y normas de comportamiento expresadas por los padres u otros adultos significativos. El miedo consiste en que el niño se puede sentir una «mala persona» por haber realizado algo que a los ojos del adulto es inadecuado. Este miedo va de la mano con el no sentirse querido, o más bien con el hecho de haber desilusionado a sus padres. En situaciones normativas, este miedo es transitorio, al ser resuelto el conflicto ya sea por parte del niño o del adulto.

Es importante remarcar que el miedo a hacer algo malo no se circunscribe a los padres. En un estudio que realizamos para analizar la frecuencia y tipos de bullying que se puedan dar en los establecimientos educativos, donde evaluamos a alrededor de tres mil niños de entre siete y dieciocho años, uno de los aspectos a investigar fue si los niños sienten miedo al ir al colegio, y cuál es la razón de ese miedo. Como era un estudio sobre el bullying, esperábamos que esa iba a ser la primera causa del miedo, pero los resultados nos mostraron otra cosa: alrededor del 50% de los niños afirmaron que su primera causa de miedo eran sus profesores. ¿En qué sentido? Justamente en el miedo a no hacer bien las cosas, a no sacarse buenas notas y a no estar a la altura de sus expectativas. Entonces, como se puede apreciar, este miedo está en todas las edades, pero durante los primeros años es un miedo que se experimenta en la desilusión de los seres más queridos e importantes para el niño.

Cuando pasamos al mundo del trauma infantil, este miedo se vuelve real, generando un problema muy característico del dolor en la infancia. Les daré un ejemplo: el caso de una niña de seis años que vivía con su madre, su padre y un hermano menor. Ambos padres eran arquitectos y era costumbre que viajaran mucho o llegaran muy tarde a la casa. Su vida matrimonial era un vaivén entre la distancia (debido a los constantes viajes de ambos) y las recurrentes peleas por diversos temas, en especial el dinero. Estas peleas eran muy intensas, llegando incluso algunas veces a los golpes entre ambos. Anita y su hermano eran constantes testigos de estas peleas, porque a los padres no les parecía

importarles mucho que ellos estuvieran presentes cuando las sostenían. La vida de Anita transcurría entre el colegio, donde era una muy buena alumna y una excelente deportista, y la casa, donde generalmente estaba con su hermano y una asesora del hogar que los cuidaba. En general, su personalidad era muy tranquila, de pocos amigos, muy concentrada en tener buenas notas y en ser la mejor atleta de su colegio. A los siete años recibe una noticia devastadora: sus padres han decidido separarse. Más aún, a su padre le han ofrecido un trabajo fuera de Chile, que según él no puede rechazar. Entonces, los niños se quedan viviendo con su madre, viendo al padre de forma muy esporádica.

En el contexto de dificultades financieras de la madre, el hermano de esta le ofrece irse a vivir con ellos, de modo de ayudar en los gastos y en el cuidado de los niños. El tío de Anita se dedicaba a realizar trabajos esporádicos en temas de arte visual y podía estar más tiempo en la casa. Para Anita, quien ya aparecía como una niña triste, solitaria y muy sobreadaptada, habiendo sido testigo de violencia intrafamiliar desde muy pequeña, y con unos padres que en raras ocasiones compartían con ella, la llegada del tío se termina convirtiendo en la peor de sus pesadillas. El tío empieza progresivamente a tocarla, besarla, lo que después de meses concluye en abusos sexuales reiterados que se prolongan por dos años. La coerción que él ejerce para que la niña no cuente es que la familia depende económicamente de él, por lo que si ella cuenta, él tendrá que irse y dejar a toda su «familia en la calle». Finalmente, la niña, con una severa depresión, una baja notoria en su rendimiento y el abandono del atletismo, decide contarle a una profesora de su colegio, quien denuncia el hecho a la familia. El tío se va de la casa, Anita entra a terapia, la madre con gran culpa decide prestarle más atención, pero pasan los meses y la niña no solamente no mejora, sino que su depresión empeora, así como todos los aspectos de su vida. ¿Qué le puede estar pasando? Tras un largo proceso de establecer una confianza y seguridad incondicional con la niña, en una sesión ella estalla en llanto, gritando que por su culpa la familia no tiene plata, por su culpa su padre decidió irse lejos y abandonar a la madre, por su culpa el tío abusaba de ella, y por todo lo anterior ella no valía nada, y solo provocaba que la gente se alejara, sufriera…

Cuando el miedo a hacer algo malo se transforma en una experiencia traumática, muchos niños se sienten los responsables de los eventos traumáticos, sienten que ellos los provocaron por acción u omisión. En el caso que revisamos, la niña sentía que si ella hubiera sido «más tranquila», los padres no hubieran peleado tanto (aunque objetivamente no existiera ninguna relación entre ambos hechos); que si no hubiera sido

tan cariñosa con el tío, el abuso no habría ocurrido (ella confiesa que, al principio, sentía que el tío era como un sustituto del padre); que si no le hubiera contado a la profesora, el tío no los habría dejado mal económicamente, y a la madre muy triste al enterarse de lo que hacía su hermano. Entonces, el miedo a hacer algo malo se convierte en una realidad emocional constante y toda la responsabilidad recae en su actuar.

¿No es más razonable para la niña responsabilizar a los otros, ya que racionalmente ella solo ha sido una víctima desafortunada de sus circunstancias? Pensemos primero en la experiencia impredecible y fuera de control de ella, características de la experiencia traumática compleja. Sus padres pelean constantemente en frente suyo, no pudiendo hacer nada al respecto. Sus padres se separan y el padre se va a vivir lejos, sin consideración ni respeto por la opinión de la niña. Su tío abusa de ella, siendo esto lo menos esperado, y lo más incontrolable y aterrorizante. Es decir, todo el terror, temor y tristeza han sido producto de eventos impredecibles e incontrolables. ¿Cómo puede lidiar, frente a estas circunstancias, el cerebro, el cuerpo y los afectos de la niña? Al parecer, la respuesta estaría en buscar alguna forma de control. ¿Y cómo se expresa esa forma de control? Sintiendo que ella es la responsable de todo el trauma que ha experimentado. Lo que se ha demostrado en los estudios del trauma es que mientras más impredecible e incontrolable es la experiencia, más extrema es la forma de buscar algún control de aquella. La niña se culpa a sí misma, se siente una mala persona, se responsabiliza de lo que le ocurrió y, de ese modo, puede controlar en alguna medida su mundo caótico, lleno de tristeza, soledad y daño. Obviamente, eso tiene un costo muy alto: la depresión, y todo lo que eso conlleva. Por lo tanto, el trauma complejo puede transformar un miedo normativo a hacer las cosas mal, en una experiencia depresiva de ser el causante de todos los males de su vida. Al lector le puede parecer poco razonable eso, pero es fundamental comprender que cuando se viven experiencias extremas fuera de lo que la persona puede soportar, alguna forma de CONTROL es lo más adaptativo que se busca. Por eso, ténganlo muy en mente para comprender por qué los niños que han sufrido trauma complejo pueden expresar conductas y reacciones incomprensibles desde el punto de vista del que no ha experimentado.

El trauma complejo a través de la vida: el estudio ACE

El Dr. Vincent Felitti es de aquellas personas geniales (y envidiables) que experimentaron el fenómeno de la serendipia: buscando ayudar y comprender un problema específico, terminó demostrando el impacto y desarrollo de otro problema más grave y amplio. Siendo el director del Departamento de Medicina Preventiva de un consorcio médico en California, llamado Kaiser Permanente[19], se dedicaba en la década de los ochenta del siglo pasado a implementar un programa interdisciplinario y altamente especializado para pacientes con dificultades de sobrepeso, sin necesidad de cirugía. El programa era radical para la época, pero en algunas ocasiones fallaba a causa de una simple razón: algunos pacientes, cuando ya iniciaban el tratamiento y estaban bajando de peso, repentinamente lo abandonaban. Para Felitti esto era algo incomprensible, ya que esos pacientes estaban siguiendo el tratamiento de un modo exitoso y, por sobre todo, estaban bajando de peso de manera considerable. Simplemente, no tenía sentido. Desesperado por comprender ese nivel de deserción, empezó a entrevistar de un modo más profundo a estos pacientes para comprender la causa de la deserción. Y así fue como llegó a preguntas del tipo: «¿cuánto pesabas cuando naciste?, ¿y cuando estabas en el jardín?, ¿en el colegio?». Un día, llegó una mujer de 28 años con evidente sobrepeso, a la que Felitti admitió en su programa. En un lapso de 51 días, bajó de 120 kilos a 80. Sin embargo, cuando la volvió a ver unos pocos meses después, la mujer había aumentado más de peso que cuando ingresó al programa. Felitti, entonces, indagó sobre lo que había ocurrido, a lo que la mujer relató que, al empezar a adelgazar de modo radical, comenzó a sentir que un compañero de trabajo la cortejaba, sugiriéndole tener una relación sexual. Esa misma noche, ella volvió a su casa y comió de un modo excesivo extendiendo esa conducta en adelante.

Felitti, al buscar indagar de un modo más profundo este aumento repentino de peso, equivoca una pregunta. En vez de preguntarle «¿qué edad tenías cuando empezaste a ser sexualmente activa?», le dice: «¿cuánto peso aumentaste cuando empezaste a ser sexualmente activa?». Y la respuesta de la mujer dio inicio a uno de los estudios más importantes sobre los efectos del trauma temprano en la vida de las personas: «40 kilos, y fue con mi padre» (la mujer había vivido años de incesto perpetrado por su padre). Esa respuesta dejó a Felitti atónito ya que él había tenido muy poca experiencia de pacientes con abuso sexual, y menos aún relacionado con dificultades de alimentación. Pero bastó preguntar de un modo más directo sobre el abuso sexual para que en pocos días ya no fuera una paciente en su programa sino dos, y después diez, quince, llegando a 286

pacientes. Y lo que Felitti encontró en esos 286 casos era inimaginable: el 55% de aquellas mujeres que abandonaron el tratamiento en su punto más exitoso, habían sufrido abuso sexual en su infancia.

Uno de los aspectos interesantes que llegó a identificar este médico internista es que en el mundo de la salud se suele tener una ficha bastante extensa sobre los pacientes, pero los temas «tabúes» del trauma nunca se preguntan (hasta el día de hoy). Felitti presentó estos datos en un encuentro de la Asociación Norteamericana del Estudio de la Obesidad, donde para su desilusión no encontró el apoyo esperado de parte de la comunidad médica. ¿No estarán falseando esas historias para justificar su problema de peso? ¿Por qué contarían aspectos tan íntimos y dolorosos de sus vidas? Sin embargo, se le aconsejó que hiciera un estudio con una muestra normativa más amplia y con una metodología más adecuada. Afortunadamente, el lugar donde trabajaba Felitti era uno de los centros de datos biomédicos más grandes del mundo, que evaluaba alrededor de 56.000 pacientes al año. Así, en colaboración con un experto en epidemiología (el doctor Robert Anda), empezó una de las investigaciones más importantes del mundo sobre el impacto del trauma en la vida de las personas. El estudio se llamó «Adverse Childhood Experience (Estudio de Experiencias Adversas en la Niñez), conocido como el estudio ACE. Se seleccionaron 25.000 pacientes, de los que finalmente pudieron entrevistarse 17.421. Dado que tenían un registro médico muy extenso de todos esos pacientes, los médicos pudieron compararlos con sus historias de trauma.

¿Pero cómo evaluar algo tan complejo como las historias dolorosas pasadas de esas personas? Debido a que estaban realizando un estudio de una magnitud inimaginable, ambos colaboradores no podían equivocarse, especialmente al definir y conceptualizar lo que era el «trauma». Para ellos, una experiencia adversa era simplemente uno o más eventos lo suficientemente traumáticos como para afectar la vida psicológica y física de las personas. Entonces, agruparon esos eventos en tres tipos:

1) Disfunciones familiares (abuso de sustancias, divorcio, problemas de salud mental, maltrato físico de la madre y conducta criminal de alguno de los familiares).
2) Abuso, que comprende el abuso psicológico, físico y sexual.
3) Negligencia, que incluye tanto la de tipo físico como emocional.

Con esta clasificación, Felitti y Anda idearon un simple sistema de 0 a 10 puntos, donde haber sufrido alguno de estos eventos adiciona 1 punto (independientemente del

numero de veces que haya ocurrido o de su severidad). Entonces, cada persona recibía un puntaje ACE. Es importante notar que las personas entrevistadas no pertenecían necesariamente a un nivel socioeconómico bajo o a grupos de riesgo (abuso de alcohol, drogas, delincuencia), sino más bien todo lo contrario: pertenecían a grupos de niveles medios o altos, con buena educación y sin necesariamente tener condiciones de alto riesgo social. ¿Cuáles fueron los primeros resultados que los médicos encontraron? Solo el 33% recibió un puntaje de 0 (es decir, nunca haber experimentado alguna de las experiencias adversas anteriormente mencionadas); 26% recibió un puntaje de 1; 16% un puntaje de 2; 10% un puntaje de 3 y; 16% un puntaje de 4 o más.

Otro de los resultados encontrados, y que demuestra la idea de que el trauma no es solo un evento, o solo un tipo de abuso, sino que la mayoría de los niños sufre una constelación traumática la que suele ser invisible para todas aquellas personas que trabajan y se relacionan con el trauma infantil, es que sufrir un tipo de experiencia adversa aumenta potencialmente la probabilidad de sufrir dos o tres experiencias más. Más específicamente, si un niño experimentó un ACE, tiene un 95% de probabilidad de haber sufrido otro más, un 82% de haber sufrido dos más, y un 52% de haber experimentado cinco o más experiencias traumáticas.

Las implicancias de ese hallazgo son muy relevantes para todos quienes trabajan con el dolor en la infancia, especialmente para quienes deciden las políticas públicas y los programas de intervención. Es una ilusión decir que una niña solo sufrió abuso sexual o que un niño solo fue golpeado por su padre. No existe un escenario donde un padre castiga físicamente a su hijo, pero el resto del tiempo la familia es feliz y vive una vida armónica. En el trauma no existe la ilusión del «evento único», por lo que el lector debe estar consciente de que cada vez que escucha o lee u observa sobre una situación de vulneración infantil, debe cosiderar que ese niño lleva sufriendo muchas situaciones adversas se debió y en algunas ocasiones la adversidad es parte de la vida cotidiana, día tras día, hora tras hora…

El éxito del estudio ACE no fue necesariamente a lo antes expuesto, lo que ya en sí mismo es una evidencia que angustia, sino a lo siguiente: los médicos compararon el puntaje ACE con los registros médicos y psiquiátricos de los pacientes, y se llevaron la enorme sorpresa de que, comparado con las personas con un puntaje ACE de 0, aquellos que obtenían un puntaje de 4 o más presentaban un 300% más de probabilidad de tener alguna enfermedad transmitida sexualmente, 500% más de sufrir de alcoholismo, 900%

más de ser un adicto a sustancias intravenosas, 1.700% más de sufrir intentos de suicidio, 66% de sufrir depresión, 33% de ser violado.

Pero las estadísticas no se limitan a problemas psicológicos o psiquiátricos, sino que también se proyectan a problemas físicos: puesto de manera simple, aquellas personas con un puntaje ACE de 6 o más, tendrían una probabilidad de 300% de sufrir alguna de las diez causas de muerte en la actualidad: enfermedad pulmonar crónica obstructiva, enfermedades cardiacas, enfermedades al hígado, cáncer y enfisema pulmonar.

En la actualidad, el estudio ACE ha demostrado que prácticamente no existe una enfermedad física o psicológica que no esté relacionada de algún modo con el sufrimiento de experiencias traumáticas en la infancia. El riesgo es quizás aún mayor, considerando que el puntaje ACE solo considera haber sufrido un evento adverso=1 punto, pero ¿qué ocurre si ese evento adverso se experimentó 10-20-100 veces? ¿Cómo comprender el impacto de todas esas cientos o miles de situaciones adversas?

Finalmente, para comprender la conclusión de todos estos datos del estudio ACE, le pediría al lector que imagine una pirámide: la plataforma de la pirámide son las experiencias adversas/traumáticas ocurridas durante los primeros años de vida; el segundo piso de la pirámide son una serie de dificultades en el neurodesarrollo del niño ya desde la edad preescolar (y antes). Para esto recuerde los efectos del cortisol, de la amígdala y la alteración de los otros sistemas biológicos; seguimos avanzando en el tercer piso de la pirámide y nos encontramos con una serie de dificultades emocionales, cognitivas y sociales en la edad escolar; subimos otro piso más y llegamos a lo que se llaman «conductas de riesgo en la adolescencia» (abuso de drogas, alcohol, promiscuidad, deserción escolar, conductas temerarias propensas al límite y la peligrosidad, bullying, violencia y delincuencia); pero los pisos de la pirámide siguen con la aparición temprana de problemas de salud, sociales, en el trabajo, en las relaciones de pareja y el cuidado de los hijos en la edad juvenil y adulta; entonces, llegamos a la punta de la pirámide, que es la muerte temprana. Así es: las experiencias adversas tempranas conducen a un camino repleto de dificultades de todo tipo, finalizando con el hecho de que aquellas personas que han sufrido la constelación traumática se mueren diez o veinte años antes que el resto de las personas.

Son datos que *ponen la piel de gallina*, como se dice en términos coloquiales.

¿Cómo puede ser que el trauma temprano termine literalmente enfermando y matando a las personas? Aunque no hay claridad absoluta del mecanismo, tiene que ver con

nuestra querida hormona cortisol y sus efectos en la inflamación (tema más profundo y complejo, que vale otro libro).

Ha sido un gran camino poder comprender el cuerpo y las emociones en dolor, con mucha información, y algunas quizás difíciles de comprender. Pero todavía estamos a medio andar, ya que ahora nos falta complementar con un tema que es esencial en la experiencia del trauma, un tema que todo lo rodea y lo ordena, que hace la diferencia entre experimentar un evento traumático y desarrollar una experiencia de constelación traumática, que organiza la esencia de lo que nos hace humanos: el rol del APEGO en el trauma complejo.

Capítulo 3

CUANDO TU SENSACIÓN VISCERAL ES SENTIRTE CRÓNICAMENTE INSEGURO EN EL MUNDO: APEGO Y TRAUMA TEMPRANO.

El apego: una breve sinopsis

Los seres humanos somos un tipo de mamíferos muy especial (pero no más ni mejor adaptado que otras especies de mamíferos), en el sentido de que somos «hipersociales» o «ultrasociales». Todos los niveles y ámbitos de nuestra existencia dependen de un vivir en interacciones sociales con otras personas. En ese sentido, llevamos como especie millones de años aprendiendo a vivir en grupo como estrategia de sobrevivencia. Ahora, imaginen a un bebé recién nacido: nace con solo el 22% de su cerebro desarrollado, no puede regular su temperatura de forma independiente y su capacidad de movimiento es extremadamente limitada. ¿Cómo puede sobrevivir? ¿Cómo puede desarrollarse hasta la adultez? La respuesta es: solo con la presencia de uno o más adultos que actúen como reguladores y formadores de su cuerpo y su cerebro. Es como si el niño naciera con un «kit de sobrevivencia». Es decir, el bebé necesita de un sistema que le permita activar el cuidado, y ese sistema es una motivación biológica tan importante como la respiración o la alimentación; de lo contrario, el bebé es incapaz de sobrevivir por sí mismo. A este kit de sobrevivencia se le llama «apego».

El apego es un sistema cerebral, corporal, emocional y representacional que le permite al bebé ser cuidado, protegido y regulado, y por ende es un sistema que le permite al ser humano sobrevivir, vivir y adaptarse a la complejidad del mundo. De esto se desprende que el apego se encuentra en el infante, y no en el adulto. Como el bebé activa su apego para buscar ser cuidado, y el adulto responde a esto, se va formando una relación emocional esencial para el ser humano. Pero no se trata de cualquier relación emocional pasajera: es LA relación que organiza todo el desarrollo del infante «desde la cuna hasta la tumba»[20].

Para el bebé, la meta del apego es sentir la disponibilidad física y emocional de uno o más adultos significativos, lo que conlleva a ir desarrollando en él un sentido visceral de seguridad emocional. Desde la mirada de las nociones sobre el apego, la seguridad emocional es la base de todo el desarrollo en sus diversos procesos y niveles (desde la genética hasta la cultura, y desde lo emocional a lo racional). Si un niño no se siente

seguro con los otros, en el sentido de sentir que puede ser cuidado, querido, protegido, su desarrollo general se va deteriorando progresivamente a través de la vida.

Esa seguridad emocional es entregada por los adultos, que son las figuras de apego para el niño. ¿Cómo ocurre eso? Más de cuarenta años de investigaciones han demostrado que aquellos adultos que son «sensibles» suelen tener hijos o alumnos o pacientes con altos niveles de sensibilidad emocional. ¿Cómo se entiende la sensibilidad emocional? Esta es comprendida como la capacidad del adulto para identificar, interpretar y calmar las conductas y claves que el bebé expresa, especialmente en momentos de estrés. Por ejemplo, si un infante de trece meses está haciendo una pataleta, un adulto sensible debería ser capaz de detectar el llanto, a través de la rigidez del cuerpo y su expresión facial de estrés; después, ser capaz de inferir adecuadamente que el niño está enojado y frustrado, y finalmente ser capaz de calmar ese estrés, de modo que el niño se sienta seguro y confiado en el adulto como una persona comprometida y protectora.

Algunos investigadores (y datos científicos) han encontrado que si bien la idea de sensibilidad es muy apropiada para comprender el rol del adulto en el desarrollo de la seguridad emocional en el niño, es un poco restrictiva (es decir, no abarca ni explica todas las capacidades que pueden generar seguridad). Más bien se propone complementar con otra capacidad: la habilidad de comprender la conducta de apego del otro (y de uno mismo) a través de leer o inferir estados mentales. Los estados mentales son todos los procesos que la mente puede producir (emociones, pensamientos, deseos, imaginación, fantasía, etc.). La mentalización es la actividad mediante la cual inferimos este tipo de estados mentales en los otros, con diferentes fines. Por ejemplo, si el lector se encuentra en un contexto laboral y una mañana pasa frente a un compañero de trabajo y lo saluda, pero el otro sigue de largo sin saludarlo. En ese instante se activará casi de manera automática nuestra capacidad de mentalización preguntándonos: «¿Estará *enojado*?, *pensará* que no lo tomo en cuenta?, Quizás *quería* saludarme, pero iba apurado». Las palabras destacadas son estados mentales que usamos para comprender por qué la otra persona no saludó.

Como el lector puede apreciar, solemos usar la capacidad de mentalización como una habilidad cotidiana y social para comprender, predecir, controlar, anticipar la conducta de los otros y la de uno mismo. Evidentemente, esta inferencia que uno hace es como una apuesta, en la cual es imposible saber con certeza lo que le ocurre al otro, pero aun

así hay personas que son buenas mentalizadores, otras no tienen muy desarrollada esta capacidad y otras la usan de forma negativa. Pero, en todos los casos, el modo y la calidad de cómo mentalizo al niño va a influir enormemente en la forma de vincularme con él. En el capítulo siguiente se comprenderá de forma más práctica cómo podemos mentalizar mejor, usando una guía práctica, especialmente para el TC.

En relación a los niños, los estudios han mostrado que aquellos padres que más y mejor pueden mentalizar sus propias vidas suelen tener mayor facilidad para mentalizar a sus hijos, y eso no solo es determinante en el desarrollo de un sentido de seguridad emocional, sino que ellos mismos van desarrollando de mejor manera la capacidad de mentalizar a los otros y a sí mismos (desde los primeros años de vida).

A estas alturas, es posible que el lector se pueda sentir un poco estresado al reflexionar todo lo que tiene que hacer para lograr esta seguridad emocional en los niños, pero pensemos un aspecto que los puede tranquilizar: el bebé necesita sobrevivir, y para lograrlo necesita del cuidado adecuado de uno o más adultos. Eso ya está claro, ahora la pregunta es: ¿cuáles son los momentos más relevantes en la tarea de sobrevivencia?, ¿cuándo el niño necesita y depende más de los adultos? La respuesta es la siguiente: en los momentos cuando el infante experimente estrés. ¿Más específicamente, cuáles son esos momentos? Cualquier evento que altere la homeostasis física (hambre, frío, incomodidad, dolor, etc.) y emocional (rabia, miedo, soledad, etc.) en el niño. Entonces, desde este punto de vista no es que los adultos deban estar «siempre encima» tratando de ser sensibles y mentalizadores, pero es en los eventos de estrés cuando el niño evalúa realmente la disponibilidad y seguridad hacia él. Obviamente, esto no quiere decir que en los otros momentos de no estrés el adulto deba ser indiferente, ya que ahí el desafío es otro: ayudar, apoyar y estimular a que el niño explore y conozca el mundo.

Entonces, para complicar un poco más las cosas, se podría decir que el apego es un «sistema de regulación del estrés». Por eso es muy importante que cualquier adulto posea o desarrolle la capacidad de ser sensible y mentalizador de las situaciones de estrés en los niños. Para aclarar más esto, les doy un ejemplo de un estudio que se realizó hace años: un papá juega al futbol con su hijo todas las veces que puede cuando llega del trabajo, es decir, en esas instancias es muy lúdico y presente. El problema es que cuando el niño se frustra, se aburre o está cansado, el padre se enoja, lo reta y lo critica. Entonces, los investigadores evaluaron el nivel y calidad de seguridad emocional en el apego con ese padre y detectaron que era relativamente baja. Es decir, a pesar de que el

adulto se dedica casi diariamente a jugar con el niño, no es capaz de ser sensible y mentalizador en los momentos de estrés. Aunque suene crudo decirlo, los seres humanos necesitamos sobrevivir, y especialmente el niño que no tiene las capacidades de lograr esto por sí mismo, y para eso lo primordial es ir desarrollando una experiencia emocional en la que, en momentos de estrés, a lo menos un adulto será estable, predecible, comprometido, y no le generará más estrés en relación a su cuidado.

Para que se entienda mejor lo que explicaré más adelante es importante aclarar un tema muy relevante del apego. Los investigadores, desde hace cuarenta años, han descubierto que se pueden observar cuatro estilos que tienen los niños para vincularse en el apego con los cuidadores significativos, de acuerdo a cómo ellos han reaccionado en los momentos de estrés. Estas cuatro formas de apego se llaman: apego seguro, apego inseguro ambivalente, apego inseguro evitante y apego desorganizado. Antes de explicar estas categorías someramente, es importante aclarar ciertos puntos:

1) fueron creadas para el contexto de la investigación en psicología, con el objetivo de ordenar y diferenciar objetivamente las formas de vinculamiento;
2) no son categorías estáticas y rígidas que no puedan cambiar en el tiempo, más bien pueden modificarse de acuerdo a la experiencia de cuidado que recibe el niño. Más aún, tampoco son categorías diagnósticas (como los diagnósticos psiquiátricos) y, por sobre todo, no definen el ser de la persona. Si digo que un niño en particular tiene un «apego seguro», no estoy implicando que el niño sea categorizado ni etiquetado de esa forma. Es solo un modo de buscar comprender los diferentes caminos de cómo se puede ir desarrollando el apego a través de la vida.

La pregunta clásica que se suele preguntar en las charlas, seminarios y cursos, es si estos estilos pueden ir cambiando a través del tiempo. La respuesta es obviamente que sí. Los estilos pueden cambiar en el tiempo, y a veces hasta mezclarse, así como también los niveles de seguridad emocional que experimenta la persona durante su vida, de acuerdo a la sensibilidad y mentalización con que está siendo cuidada. Es por eso que personalmente prefiero usar el término de «seguridad en el apego» o «evitación en el apego», ya que eso denota que es más bien un proceso y no una categoría.

Un investigador de renombre mundial en el tema, llamado Jay Belsky, ha planteado que si la calidad del ambiente de cuidado cambia, es inevitable que el estilo de apego se modifique. Tuve un paciente hace algún tiempo, un niño de trece meses por el que sus padres consultaron debido a que desde los siete meses había empezado a experimentar

terrores nocturnos, dificultad que se resolvió rápidamente ya que ellos eran muy sensibles, pacientes y comprometidos. En general, los terrores nocturnos son constantes despertares a lo largo de la noche y el infante despierta llorando en un estado semiconsciente (llora pero parece seguir dormido). Para los padres no es una situación fácil, porque, a pesar de que se ha demostrado que no afecta el diario vivir del niño (no está cansado o con sueño en el día), sí afecta el sueño de los padres.

Al cabo de un tiempo, los padres nuevamente trajeron a este niño a mi consulta, ahora con cuatro años de edad. De acuerdo a lo relatado por la madre, han regresado porque el niño «se está portando muy mal, no hace caso, hace muchas pataletas y es como si tuviera rabia con la madre». ¿Qué pasó con este niño que parecía «tener un apego seguro»? Aproximadamente a los tres años de vida del niño, los padres decidieron separarse, por diversos motivos. Como sucede en la mayoría de las separaciones matrimoniales, hubo muchas peleas verbales, acusaciones mutuas y muchos conflictos sobre el tema económico. Esto genera que el padre decida aportar una suma muy baja para pagar la mantención del niño, lo que obliga a la madre a mudarse a un departamento más pequeño y, ahora con toda la situación de cuidado cambia. La madre, que era muy sensible, se ve agobiada y estresada por mantener a su hijo, se empieza a sentir sola y abandonada, y paulatinamente se va poniendo muy irritable y descontrolada en su comportamiento hacia el niño. Por su parte, este ve al padre solo dos fines de semana al mes más un día cada semana. El niño empieza a resentir todo esto, dejando de sentirse tan seguro de la disponibilidad de sus cuidadores, y expresando sus emociones de rabia y ambivalencia debido a que la calidad y sensibilidad de su cuidado ha bajado ostensiblemente. Es decir, cambia (para mejor o peor) el sistema de cuidado y en consecuencia cambia la seguridad y la forma del apego.

Sin embargo, es importante aclarar que a menor edad de la persona, mayor es la flexibilidad hacia el cambio. Por ejemplo, estudios realizados en niños entre los 12 y los 36 meses muestran que un porcentaje significativo puede cambiar su estilo de apego en breve tiempo. Pero estudios con adultos demuestran una mayor rigidez y estabilidad en el apego, necesitando años para que ocurra este cambio.

Explicaré brevemente estos estilos de acuerdo a la forma como actúan en momentos de estrés, en el entendido de que para los fines de la temática central del libro dejaremos el apego desorganizado para una sección siguiente, de modo de ir adentrándonos más aún en el apego del TC.

Cuando un niño con apego seguro está estresado puede:

- Expresar su malestar.
- Aproximarse a algún adulto confiable para calmarse.
- Mantener el contacto con algún adulto confiable hasta que se encuentre calmado.
- Ser muy directo en buscar a personas para calmarse.
- Ser un niño curioso y explorador en aquellos momentos cuando NO se encuentra estresado.

Cuando un niño con apego evitante está estresado puede:

- No expresar su malestar y tratar de mostrar que nada le ocurre.
- Evitar o no buscar el contacto con algún adulto confiable.
- Buscar modos de calmarse solo (por ejemplo, a través de la actividad).
- Ser un niño más bien activo que evita la interacción con los otros a través de la sobreexploración.
- Mostrarse agresivo en algunas ocasiones (se puede descontrolar cuando otros niños lo molestan o cuando un adulto no hace lo que él quiere).
- En otras ocasiones puede parecer un niño muy sobreadaptado, precoz y hasta solitario y controlado.

Cuando un niño con apego ambivalente está estresado puede:

- Sobreexpresar mucho malestar teñido bajo rabia, frustración o impotencia.
- Buscar constantemente el contacto con un adulto, mostrando incluso algunas dificultades para separarse de él.
- Esperar que sea el adulto quien lo trate de calmar o resolver alguna situación conflictiva, sin hacer intentos de hacerlo por sí mismo.
- Sentirse temeroso, inhibido en su actividad y cauto en las interacciones, en situaciones que lo estresan.
- Llamar la atención bajo una forma disruptiva en situaciones estresantes o impredecibles.

¿Y qué ocurre en los momentos cuando no hay estrés? Bueno, aquí aparece la otra cara del apego, y es lo que se llama la «exploración». Esto es muy simple de comprender: cuando el niño no se encuentra en estado de estrés, el adulto puede estimular el juego, el aprendizaje, la actividad física, es decir, la exploración de su mundo. Sin embargo, se deben de tener dos precauciones: La primera es que el llanto no es el único indicador del

estrés. Si el lector se acuerda del cortisol, los estudios muestran que los niños que lloran no necesariamente tienen niveles elevados de cortisol; por otro lado, niños muy inhibidos y controlados que no lloran pueden presentar niveles más elevados de esta hormona. Complicando un poco las cosas, se podría decir que el niño que llora siente que tiene el espacio para llorar y que ese llanto tendrá alguna consecuencia en los otros; en cambio, muchos niños que no lloran pueden sentir estrés, pero han aprendido a controlarlo ya que han aprendido que los resultados de manifestarlo serán negativos o nulos. Entonces, el desafío es aprender a detectar el estrés a través de señales corporales, expresivas, más allá del llanto (en mi anterior libro, *A.M.A.R.*, se entregan guías concretas para esto).

La segunda precaución es cuando la fórmula estrés ➔ calmar/regular y no estrés ➔ exploración, se invierte. Esto es algo que suele observarse en muchos padres y profesionales.Se trata de que cuando el niño está estresado, el adulto lo incita a explorar, por ejemplo, mandándolo a la habitación o buscando alegrarlo rápidamente minimizando su estrés, o estimulándolo con juegos y otras cosas. Y cuando el niño está tranquilo, explorando, el adulto suele acercarse, lo toma en brazos o lo abraza, y lo saca de esa actividad. Es decir, la fórmula queda así: estrés ➔ exploración; no estrés ➔ regulación.

Por ejemplo, tuve el caso de una madre cuya profesión era educadora de párvulos llegó a consultar porque su hijo presentaba un temperamento muy hipersensible haciendo constantes pataletas y manifestando frustración, oposicionismo hacia ella y mucha sensibilidad en su piel (no le gustaban las ropas apretadas, o sentir la arena o el pasto en sus pies). La madre refirió no saber qué hacer en las situaciones de estrés y relató que había «probado de todo», pero su hijo parecía enojado con ella (en algunas ocasiones le había pegado o tratado de morder). Yo le pedí que me contara cuál era la forma que más solía usar para enfrentar ese tipo de situaciones, a lo que ella me dijo: «tratamos de jugar»; entonces yo le pregunté en qué consistían esos juegos y ella me respondió que pintaban, revisaban los colores de algunos objetos y hacían juegos que implicaban ejercicios físicos. Desde el punto de vista de la experiencia del niño, es comprensible su enojo, ya que en esos momentos él está pidiendo que le ayuden a calmarse, pero la madre hace lo contrario, y eso va frustrando al infante.

De todo lo anteriormente dicho, se entiende que el apego no implica solo el estar «pegado» al niño como «pegamento», y que mientras más a-pegado más seguridad emocional. Esta es una noción muy en boga actualmente, según la cual muchos adultos

piensan que si tienen más contacto piel a piel con el niño, entonces están «haciendo» más y mejor apego. Lo mismo ocurre con el dormir y con otro tipo de situaciones cotidianas (alimentación, juego, etc.).

No obstante justamente esta idea de que el «apego se hace», que es una especie de regla o guía consciente, no es muy correcta respecto de lo que los estudios y las observaciones clínicas muestran. He visto a adultos que me dicen «estoy preocupada/o porque he tenido una semana con mucho trabajo y no he hecho mucho apego con mi hija», o bien: «hoy pude hacer apego con mi guagua casi todo el día, y fue una experiencia especial». Asumiendo que el contacto piel a piel realizado de un modo afectivo es esencial para el desarrollo del niño, el apego es un poco más complejo que eso. Más específicamente, lo que quiero plantear es que no se debe confundir lo que solemos llamar «prácticas de crianza» con «desarrollo del apego». Las primeras son el amamantamiento, el contacto piel a piel, el sueño, el juego, etc. Estas son prácticas de cuidado que el adulto realiza de un modo consciente y están determinadas por la cultura de cada sociedad y, por ende, han ido cambiando a través del tiempo (recuerde el lector el capítulo sobre la historia de la infancia). Aquí es importante remarcar que son prácticas que han ido aumentando la conciencia empática hacia la infancia, y en la mayoría de los casos suelen ser muy beneficiosas (aunque se deben hacer más estudios para indagar sobre esto). Por otro lado, lo que se llama el sistema de apego es un sistema bioemocional de sobrevivencia que se va formando en las miles de situaciones de estrés que experimenta el infante y, a su vez, contempla el modo como el adulto va regulando y protegiendo esas situaciones. La mayoría de ellas ocurren en la cotidianeidad de la vida y por lo tanto no siempre son conscientes, y el adulto solo reacciona de acuerdo a su momento presente y su historia de vida. Asimismo, tal como lo dice John Bowlby (el creador de la Teoría del Apego), el apego no es solo una propuesta sobre el desarrollo infantil, sino que implica toda la trayectoria de la vida, «desde la cuna hasta la tumba».

Cuando el miedo no tiene solución: apego desorganizado y trauma complejo

Los niños con seguridad en el apego, o con evitación o ambivalencia, entran dentro de lo que se llama «estilos organizados». ¿Qué significa esto? Puesto de un modo simple, significa que estos niños durante sus primeros años de vida han «aprendido», por decirlo

de alguna manera, una forma relativamente estable, continua y predecible para apegarse a sus cuidadores. Por ejemplo, los infantes con evitación han vivido sus primeros años, durante los cuales, si bien los cuidadores no han sido negligentes, les incomodan las expresiones de estrés y mantener cercanía física y emocional hacia el niño. Es decir, cuando lloran, se enojan; cuando piden cariño y dependencia, los cuidadores reaccionan o expresan una cierta indiferencia (por ejemplo, dejando llorar al niño por mucho rato a la espera de que se calme solo). Otros cuidadores pueden reaccionar con disgusto y proferir comentarios descalificadoras («ya estás llorando de nuevo», «¿por qué quieres siempre estar en brazos?»). Otros suelen «desviar» la expresión de estrés; por ejemplo, si el niño pide ser tomado en brazos, el adulto lo toma, pero rápidamente lo deja en el suelo, o se lo pasa a otra persona para que lo calme. También, otras situaciones en que el infante se acerca al cuidador para jugar o estar con él, lo que él acepta, pero en un breve periodo le dice que está ocupado o que se tiene que ir. Ahora, si el niño está tranquilo, jugando solo o no expresa su estrés, es mucho más probable que el cuidador se acerque y sea más cariñoso y atento. Por ende, lo que ocurre en la evitación es que las expresiones y acciones emocionales de apego son «castigadas» o inhibidas, y las de ausencia de estrés e independencia son premiadas con atención y cuidado.

El punto central es que el niño va aprendiendo una forma de lo que se llama «maximizar el apego». Es decir, ya durante el primer año va desarrollando un estilo de relacionarse con sus figuras de apego en el cual si está tranquilo, no expresa su estrés, no llora y no demanda mucho afecto, y eso aumenta la probabilidad de cercanía, protección y cuidado. El lector puede estar preguntándose cómo puede ser organizado ese tipo de apego, ya que claramente puede ser considerada una conducta inadecuada de cuidado. En primer lugar, es organizado porque el niño «encontró», ya desde los doce meses de edad, un patrón estable y predecible para apegarse a sus cuidadores. Segundo, aunque pareciera que la conducta del adulto es casi negligente, es un patrón muy común en las sociedades individualistas y centradas en la productividad económica (tales como Estados Unidos o Chile).

Varios estudios realizados en nuestro país, y en una enorme cantidad de países extranjeros, han mostrado que alrededor del 20% de los niños presentan este estilo. Más aún, en investigaciones que he dirigido hemos encontrado entre un 40-60% de niños con evitación en el apego con sus cuidadoras, en el contexto de salas cuna. Como el lector podrá notar, estos niños parecen muy calmados, tranquilos, no suelen llorar de un modo

intenso, ni ser muy «apegados» a los adultos significativos. Sin embargo, se ha observado que a veces pueden mostrar conductas impulsivas y agresivas en el jardín o colegio. Así, parece evidente que serían niños que no parecieran necesitar una ayuda psicológica y, por ende, no suelen ser derivados a profesionales de la salud mental.

Ya que ahondamos en la evitación, sería injusto no explicar lo que ocurre con la ambivalencia en el apego. Para que se entienda mejor, es bueno partir sabiendo que es literalmente lo opuesto a la evitación. La dificultad radica en que en la ambivalencia los cuidadores son inconsistentes y relativamente impredecibles, especialmente en momentos de estrés. ¿Cómo? Hay varias formas. La más común es aquella en que adultos varían su cuidado entre la sobreprotección o reacción exagerada frente a situaciones de estrés, pero en otros momentos pueden ser casi indiferentes. Por ejemplo, un niño se hace una herida jugando y el papá se alarma, se sobrepreocupa y lo lleva al hospital. En otro momento, el niño se puede caer y el padre minimiza el estrés con comentarios tales como «no es nada, anda a lavarte la herida». En general, muchas veces esto suele ocurrir en adultos muy ansiosos en el cuidado del niño, donde van probando diversas formas (a veces opuestas) para aliviar su estrés.

En mi experiencia clínica he podido observar otros estilos: por ejemplo, hay cuidadores que expresan verbalmente un gran amor hacia sus hijos, pero eso no se traduce en una acción consistente con lo expresado. Son padres que expresan a los cuatro vientos todo el cariño incondicional que sienten hacia sus hijos, diciendo que son lo más importante de sus vidas, pero al observar la conducta de cuidado, el adulto muestra estar más preocupado por otras cosas, sin prestarle mucha atención al niño. Otra forma que he podido observar es la de cuidadores que se comportan con el niño de un modo cariñoso y atento en aquellas situaciones sociales donde hay otras personas observándolos (amigos, parientes), pero suelen ser relativamente indiferentes o bruscos cuando está solo la familia nuclear.

La pregunta interesante que surge aquí es ¿cómo el niño organiza un estilo de apego con este tipo de cuidadores?, ¿cómo maximiza el apego? La respuesta reside en la observación de muchos niños que seguramente el lector habrá observado. Más específicamente, el niño va desarrollando un estilo según el cual «aprende» que cuando él se enoja, se porta «mal», molesta a los otros, no se queda tranquilo, es justamente cuando los adultos adoptan una conducta más coherente y predecible, es decir, retándolo o llamándole la atención y, por ende, acercándose a él, aunque sea de un modo negativo.

Quizás al lector le pueda parecer ilógico que el niño prefiera el reto a la atención ambivalente. La respuesta puede ser un poco compleja de aclarar ya que tiene implicaciones muy interesantes sobre el modo como los humanos nos comportamos, y en ese sentido solo me gustaría aclarar dos puntos: el primero es que, bajo ese cuidado inconsistente, el niño encuentra una forma de atraer la atención y el vínculo con el adulto. El segundo punto es más complejo (y volveremos a él más adelante), y se relaciona con el hecho de que para los seres humanos (y cualquier ser vivo), buscar la predictibilidad del ambiente es fundamental para la sobrevivencia. Nuestro cerebro está modelado para anticipar posibles situaciones peligrosas y confusas, y eso aumenta nuestra capacidad de adaptación. Entonces, para el niño es preferible lo predecible a lo cariñoso. Es más, ya con la edad, cuando estos niños se encuentran en una situación en la que no pueden predecir cómo serán los otros con ellos (cumpleaños de otros niños, gente extraña, etc.), ellos suelen presentar conductas negativas para buscar un modo predecible de relacionare con las otras personas. Por ejemplo, llegan a un cumpleaños y pueden empezar a molestar a los niños, o botar algo, abrir los regalos ajenos y cuando son regañados por eso, el mundo se les vuelve más predecible.

Los estudios nacionales e internacionales han detectado que alrededor de un 15% de niños suele presentar este estilo. En nuestros estudios en salas cuna y en bebés institucionalizados no encontramos ningún caso ambivalente, lo que es preocupante ya que plantea la interrogante sobre el tipo de cuidado recibido en esos contextos.

Espero que con lo explicado al lector le haya quedado más claro por qué estos tres estilos son *organizados*. Es decir, implican que el infante ha encontrado una solución relativamente consistente y estable para apegarse a sus cuidadores significativos, independientemente de que no sean estilos seguros, ya que para el niño es lo que puede hacer de acuerdo a su experiencia en el tipo de cuidado recibido.

Aparte de la utilidad que sugiere para el lector conocer esos estilos, el objetivo es ir más allá y explicar lo que es un patrón desorganizado, como vía para ir profundizando más en el dolor de la infancia. Como bien lo expresa el término, la desorganización en el apego implica que el niño durante sus primeros años de vida no ha podido desarrollar una forma estable, continua y predecible para vincularse con sus cuidadores. En términos concretos, especialmente en eventos estresantes, el niño no sabe qué hacer para buscar proximidad, disponibilidad, protección y regulación de lo que está sintiendo. ¿Por qué? Esto es muy importante de comprender: porque el cuidador es justamente la fuente y el

origen de las situaciones estresantes. Si se recuerdan que el apego es, en el fondo, un «sistema de regulación del estrés» y la función del adulto es calmar, contener y proteger esas experiencias, ¿qué le ocurre al niño si las vivencias más extremas de estrés provienen de las personas que tienen como mandato biológico proteger y regular?

Veamos un ejemplo: un niño de dos años está jugando, saltando, moviéndose, y el papá le dice que se quede tranquilo. El niño no hace caso y termina cayéndose y se hace una pequeña herida. El padre le grita de un modo muy agresivo y le pega una cachetada por no haberle hecho caso. El niño se asusta y se va llorando a su habitación. Dos semanas después, el niño está andando en bicicleta y se cae. Nuevamente se hace una herida. ¿Qué puede hacer? Si va a donde el padre, ya anticipa que vendrá un reto y/o un golpe. Pero si se queda sin hacer nada, la herida sigue doliendo, con la consecuente emoción de soledad, por no poder acudir a sus cuidadores. Entonces, aquí hay una paradoja vincular: si me acerco, me tengo que alejar (por el miedo), y si me alejo, me tengo que acercar (por la soledad y el abandono). Puesto de un modo más simple: si voy hacia mi cuidador, me tengo que alejar para evitar un dolor más traumático que una herida. Pero si me alejo, me quedo solo con mi herida, y mi sistema de apego me motiva a buscar a alguien que me calme y regule.

Lo que sabemos es que, debido al desarrollo inmaduro del cerebro durante sus dos a tres primeros años del niño no sabe cómo resolver esa paradoja, lo que implica que no tiene las herramientas para elaborar una estrategia para organizar un vínculo de apego estable y predecible, y eso genera una ráfaga de sensaciones físicas y emocionales insoportables, caóticas, terroríficas y, por ende, el niño se desorganiza. Lo más perturbador es que esa desorganización ocurre en todos los niveles, genético, cerebral, psicológico y social. Por ejemplo, hace varios años se realizó un estudio en el cual se midió la frecuencia cardiaca de niños con estilo evitativo, ambivalente y desorganizado[21]. El contexto de evaluación era una situación en la que el niño experimentaba dos breves separaciones y reuniones con su madre, y la presencia de una persona extraña. Los resultados fueron alarmantes: los niños con desorganización en su apego mostraron una frecuencia cardiaca cuatro o cinco veces más alta que los otros estilos (que también mostraron frecuencias altas). El momento cuando la frecuencia cardiaca resultó más alta fue cuando el niño se encontraba solo, esperando que su madre regresara. Si lo analizamos clínicamente, imaginen que un infante de doce a dieciocho meses presentara un ataque de pánico, miedo y angustia. El punto es que a esa edad un

niño no tiene el desarrollo y la capacidad para soportar tal experiencia caótica y aterradora. Ese es un aspecto muy relevante a tomar en cuenta en la desorganización y el trauma; a saber: el infante experimenta toda una gama de sensaciones que literalmente son insoportables para él, sembrando las semillas del TC.

Del mismo modo, se han realizado estudios para medir el nivel de cortisol en infantes de doce a dieciocho meses en la misma situación anteriormente descrita[22]. Los resultados muestran que estos niños secretan un patrón alterado o atípico de acuerdo a la curva diurna esperable; algunos niños presentan una línea plana con poca secreción de cortisol (hipocortisolismo) y otros, una curva alta de secreción (hipercortisolismo). Otros estudios, más a nivel de dificultades en la salud mental, han demostrado que la desorganización en algunos casos va desarrollando tendencias agresivas y descontroladas, y en otros casos, un estilo más inhibido, tímido, asustado, sobrecontrolado y desconectado del mundo social. Lo que tienen en común ambos es que las emociones de miedo, abandono y soledad (al no haber sido nunca calmados en su estrés, y tener que buscar los propios medios para eso) se van convirtiendo en parte de su experiencia cotidiana. Como el lector puede darse cuenta, los niños con desorganización en el apego no muestran un patrón coherente y fácilmente identificable en el desarrollo de su apego (como los otros tres estilos).

Pero, ahondando más en este tema, existe otra cosa que es común en todos y se le ha llamado «miedo sin solución». ¿El lector se acordará de esto que se llama «paradoja vincular», donde el niño no puede acercarse ni alejarse del cuidador? La emoción a la base de esta paradoja es el *miedo*. Pero es un miedo que el niño no puede resolver, porque la persona que debe contener y proteger del miedo es justamente la que provoca esa emoción en el niño. Ahí reside la esencia de la desorganización y la razón de por qué es tan caótica, descontrolada y aterradora para el infante.

¿Qué tipo de conductas de cuidado son las que tienden a desorganizar a un niño? Este ha sido un tema de estudio durante años. En un principio se pensaba que estaba relacionado con el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia. Posteriormente, una serie de estudios y modelos más específicos empezaron a mostrar lo que llamaré «conductas de cuidado desorganizantes» (CDC), que pueden ser más variadas, específicas, sutiles, indirectas y confusas. En la mayoría de los casos, el infante no las puede identificar y menos comprenderlas, lo que hace imposible que logre desarrollar una estrategia para maximizar el apego. En un estudio se demostró que aquellos adultos

que castigan, gritan y son autoritarios no necesariamente desorganizan a los niños. La razón más probable es que como el grito y el castigo son más directamente observables y se relacionan con una conducta errónea que el cuidador identifica en el niño, entonces este puede detectar y anticiparla para disminuir el trato agresivo (por ejemplo, aprendiendo a portarse mejor). Hace algunos años me tocó supervisar el caso de un niño de siete años, cuyo padre solía llegar ebrio, descontrolado y agresivo algunos días de la semana. Con el tiempo, el niño empezó a identificar las señales de cuando esto iba a ocurrir y buscaba formas de alejarse (irse a dormir a la casa de un amigo o encerrarse en su pieza a escuchar música). El problema es que un niño de cero a cuatro años no tiene la autonomía para hacer eso, y no tiene otra opción más que «recibir» y experimentar el cuidado desorganizante.

La propuesta actual es que gran parte de las CDC pueden dividirse de forma simple en dos formas o categorías: las CDC que son *atemorizantes* y las que son *atemorizadas.*

Ejemplos de las CDC *atemorizantes* son:

— Conductas inadecuadas en momentos de estrés del niño: reirse de él cuando está llorando, expresar un falso afecto al tratar de calmarlo, asustarlo, minimizar lo que está sintiendo, ser intrusivo y brusco en la forma de relacionarse con él, ser impredecible y cambiante en el modo de relacionarse (pegarle y después pedirle perdón).
— Conductas sexualizadoras[23]: tocar y acariciar al niño de un modo sexualizador, tocar los genitales, dar besos en la boca con una tonalidad sexual (por ejemplo, dar un beso muy largo), enfatizar temas sexuales en la conversación con el niño, abrazar al niño dando un suspiro sexualizador.
— Conductas negativas: abrazar y tomar al niño de un modo brusco, jugar de forma sutilmente agresiva, empujarlo, tirarle objetos, tomarlo y forzarlo, ser intrusivo de forma física, tomarlo de las axilas como si el niño fuera un objeto, usar objetos o juguetes de forma muy acelerada y muy cerca del cuerpo y la cara del niño. Asimismo, están las conductas negativas en lo verbal: gritarle, burlarse, reírse explícitamente, castigos exagerados, criticarlo y descalificarlo, ponerle nombres o etiquetas negativas («el niño manipulador»).

Ejemplos de CDC *atemorizadas*:

— Conductas inadecuadas en momentos de estrés del niño: no prestarle atención, no hacer caso del llanto del niño, no tomarlo en brazos, alejarlo, no responderle, evitar su mirada, sentarse detrás de él para jugar. A nivel verbal implica no hablarle, decirle palabras de rechazo («¡ándate!», «¡no te me acerques!», «¡déjame sola/o!», «¡no te quiero hablar!»).
— Confusión de roles: aquí son conductas en las que el adulto se comporta de un modo pasivo e infantil con el niño (especialmente en momentos de estrés). Por ejemplo, pedirle permiso al niño para hacer algo (salir a pasear o ir al trabajo), rogarle en un tono de súplica («no le pegues a tu hermano, por favor»), hablar de un modo infantil en momentos de estrés, pedirle cariño y dependencia (¿tú siempre me vas a querer?, ¿quién es el preferido de mamá?, ¿tú me quieres realmente?), y buscar calmarse con el niño (abrazarlo buscando contención en el infante, llorar frente a él y contarle los problemas personales).
— Conducta atemorizada: estas conductas son muy sutiles, pero son índices de que el cuidador siente un miedo (no consciente) hacia el niño. Por ejemplo, poner una cara de miedo o sorpresa cuando el niño se acerca, cambiar hacia un tono de voz agudo al hablarle al niño, aproximarse de un modo tímido y lento hacia él, reírse de forma nerviosa, buscar interactuar poniendo una distancia con el infante, expresar un afecto frío y plano al tocarlo, calmarlo o hablarle, quedarse unos segundos en un estado de trance.

Puede ser que esta lista haya confundido un poco al lector y le haya planteado más dudas y preguntas que certezas. Por esto es importante aclarar ciertos aspectos: primero, no es una lista exhaustiva de todas las CDC. En realidad, no creo que exista actualmente esa lista. Las CDC expuestas son conductas que se han observado minuciosamente en estudios, en los que se ha demostrado que predicen el desarrollo de un apego desorganizado en el niño, y eso nos lleva al segundo punto. Sabemos que es muy probable que muchos adultos hayan realizado algunas de estas conductas en situaciones específicas, y eso no implica que el niño esté desorganizado. Lo que hace la diferencia es cuando los adultos las hacen como un «patrón», es decir, que el estilo usual de relacionarse con el niño sea a través de estas CDC, como una forma de vincularse con él. Les doy un ejemplo: una madre trae a la consulta a su hijo de tres años y medio, ya que existen constantes quejas en el jardín respecto de que el niño es muy agresivo, le pega a las niñas y a las educadoras. La madre refiere que «se lo pasa de mal humor» y, en efecto al observarlo pareciera un niño enojado con el mundo. Al indagar sobre la familia y sus vínculos, no se aprecian niveles bajos de sensibilidad y mentalización, y no se aprecia nada grave que explique ese nivel de agresividad en un niño tan pequeño. Reconozco

que ante este panorama me sentía perdido. En esa época tuve la oportunidad de especializarme en un instrumento que ayuda a reconocer estas CDC. Menciono esto porque este tipo de conductas tiene una característica muy especial, es decir, son conductas muchas veces muy sutiles, duran pocos segundos, a veces son contradictorias y confusas, y, por lo tanto pueden ser difíciles de detectar. Entonces, imaginen que si para un observador es difícil hacerlo, cómo lo será para la experiencia del niño poder anticiparlas. Por eso, el lector tiene que ir agudizando su capacidad de observación y atención. Volvamos al caso: dada mi confusión fui a visitar al niño a su hogar unas dos o tres ocasiones, y pude constatar allí un patrón de conducta muy sutil e indirecto de la madre. En una primera mirada general, todo parecía adecuado, pero a un nivel más específico (o como dicen «microanalítico»), la madre presentaba dos rasgos notorios: por un lado, estaba siempre controlando y buscando la atención del niño, es decir, siempre lo estaba llamando, preguntándole dónde estaba, qué estaba haciendo, y estaba siempre «encima» de él cuando el niño estaba tranquilo con sus juegos. Por el otro, la madre expresaba sutiles conductas que podríamos llamar «irónicas» o de «burla», especialmente cuando el niño se enojaba o hacía una pataleta, o un desorden. Por ejemplo, se burlaba de él («ya está llorando la guagüita chica»), expresaba una sonrisa muy sutil o simplemente lo molestaba, por ejemplo, haciéndole cosquillas de un modo brusco, o escondiéndole juguetes y diciéndole «¿viste que molesta cuando uno se porta mal?». A pesar de que todas estas conductas duraban unos pocos segundos, cuando observaba al niño se veía con una rabia contenida, como que quisiera pegarle a la madre o expresarle su enojo. Entonces, si lo vemos desde el punto de vista del niño, es como si mi madre me estuviera siempre controlando, y cuando me estreso y espero protección y contención de ella, suele ser irónica y al final no solo no me calma, sino que me deja más enojado y frustrado. Por un lado, la conducta del adulto es tan sutil, breve e indirecta que el niño no tiene la madurez para comprenderla y menos anticiparla, pero de todos modos se frustra y no puede buscar la disponibilidad y seguridad del otro. El niño se queda estresado, solo, con el sistema de apego hiperactivado, con el malestar emocional permanente, que solo puede expresarlo cuando se encuentra con otras personas (en el jardín). Cuando los niños tienen el apego hiperactivado, es como un tsunami de cortisol que recorre el cuerpo, una frecuencia cardiaca muy alta, la amígdala hiperactiva y la corteza que se va desactivando paulatinamente. A nivel emocional, los niños empiezan a desconfiar y no esperar el cuidado sensible, y de ese modo se va desarrollando el TC.

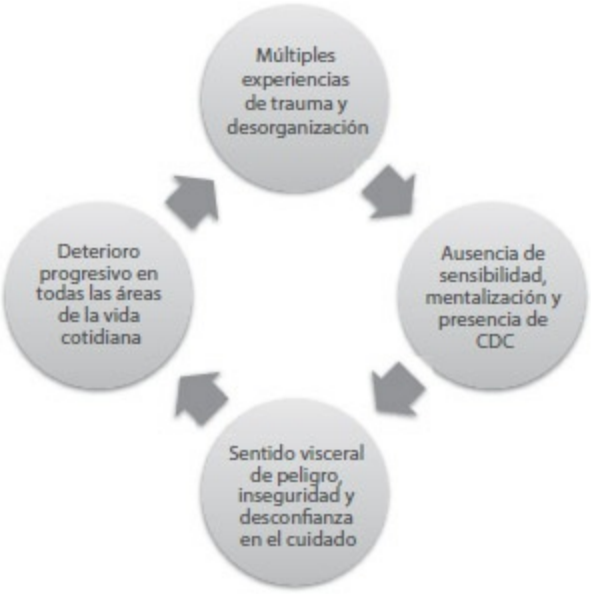
Volviendo a la lista de las CDC, recalquemos que no es exhaustiva. Existen otras formas más extremas de CDC, en las que el niño es abusado constantemente, es usado como objeto, torturado, encerrado, utilizado para prostituirse y/o trabajar. Y esto no ocurre solo en los contextos de nivel socio-económico empobrecido, sino en muchas familias donde los cuidadores hacen cosas con sus hijos difíciles de comprender (incitarlos al consumo de drogas o a la pornografía, descalificarlos constantemente, sexualizarlos de modo explícito, etc.).

Las CDC, como ya se ha mencionado, se activan de forma más intensa cuando el niño está estresado. Lo que se propone es que el estrés del niño activa en el adulto experiencias negativas (imágenes, recuerdos, emociones) que él sufrió en su infancia. Puede ser que el volcar esas experiencias en el cuidado desorganizante del niño sea una forma para que el adulto no sienta su pasado tormentoso (y así desvía su atención y culpa hacia él). Entonces, es altamente probable que muchas de estas conductas se realicen de modo no consciente. Por lo mismo, las situaciones de estrés son buenas instancias para evaluar el tipo de cuidado que el niño está recibiendo.

Karlen Lyons-Ruth es una de las principales investigadoras en el mundo sobre el tema del apego desorganizado[24]. Ella y su grupo de investigación observaron este listado de CDC. Uno de sus interesantes hallazgos es que si la desorganización y/o el TC ocurren durante los primeros años de vida, existe una alta probabilidad de que en la adolescencia aparezcan lo que se llaman conductas disociativas. La disociación es una piedra fundamental para comprender la desorganización y el TC. Por ahora se la puede comprender como un proceso mental y afectivo en el que pareciera que las emociones, la conducta, el pensamiento y la memoria funcionaran cada una por su lado y no pudieran integrarse en la experiencia. Por ejemplo, una persona puede relatar que su hijo murió hace unos meses, pero con un tono absolutamente frío y desconectado, como si estuviera contando un hecho cotidiano, como si los afectos de la pérdida estuvieran completamente desconectados del pensamiento. He visto y se han reportado casos de personas que han sufrido experiencias traumáticas, pero siguen actuando y funcionando en sus vidas como si no les hubiera pasado nada, y son incapaces de recordar el trauma. Aquí, las emociones, la memoria y la conducta están desconectadas. Un ejemplo: mujeres que fueron crónicamente abusadas sexualmente por sus cuidadores significativos no recuerdan esas experiencias, pero cuando tienen sus primeras relaciones sexuales reaccionan de un modo agresivo o se paralizan. Entonces, como se mencionó,

comprender el proceso disociativo es muy relevante para explicar el trauma, porque se sabe que aquellos niños que suelen funcionar de modo disociado suelen caer en conductas desorganizadas extremas, tales como adicciones, violencia extrema y descontrolada, conductas peligrosas y de riesgo, y muchas otras más de esa índole. Asimismo, se encontró que los peores efectos del trauma ocurren durante los primeros años de vida. Sin embargo, esto no implica que las experiencias dolorosas no afecten después de ese periodo, alterando la salud física y mental del niño, pero al parecer los efectos no son tan devastadores y acumulativos como cuando ocurren durante los primeros años.

A modo de simplificar esto que se ha explicado, la desorganización y el TC se pueden graficar de la siguiente manera:



En general, esta propuesta es relativamento novedosa, ya que en la actualidad ha sido difícil integrar las evidencias del apego desorganizado con las del trauma complejo. Por lo tanto, en primer lugar, el niño (especialmente durante los primeros años) experimenta múltiples experiencias traumáticas (donde la fuente puede ser el propio cuidador o factores ambientales externos, como por ejemplo, un terremoto). La evidencia que mostramos en capítulos anteriores es que es muy poco probable que un niño experimente un solo trauma aislado, ya que en general cuando alguno ocurre suele estar asociado a un ambiente traumatizante y tóxico. Incluso hay niños para quienes su experiencia cotidiana

es un trauma constante, estable y continuo. Por ejemplo, niños en condiciones de institucionalización, o familias negligentes, agresivas, adictas, o aquellos casos en que los cuidadores parecen adecuados a nivel superficial, pero despliegan CDC indirectas y sutiles como un «patrón estable de cuidado».

El segundo aspecto del diagrama es esencial. Allí se ha ido planteando que las experiencias dolorosas pueden no conducir al desarrollo del trauma, si es que esas experiencias son bien mentalizadas, reguladas, validadas y contenidas por las figuras de apego. Tuve la oportunidad de ver a algunos niños después del terremoto en Chile del 27 de febrero del 2010, y me impresionó cómo la reacción del adulto frente al miedo y el terror de los niños era determinante y hacía la diferencia en la experiencia emocional del niño. Recuerdo el caso de una madre que había ya vivido terremotos muy intensos, y en el del 2010 simplemente se descontroló, lloró durante días, quiso escaparse de la casa y estaba en un constante estado de peligro hiperalerta a la espera de las réplicas, mostrando todos los signos del estrés postraumático (pesadillas, recuerdos súbitos, evitación de los temblores, irritabilidad y desconexión hacia su familia). El problema es que la madre estaba tan sobrepasada por sus emociones que no pudo hacer nada en relación a sus hijos, no les prestó atención ni protección, llegando al punto de que simplemente no se dirigía a ellos. Dos meses después, los niños empezaran a tener pesadillas, reacciones de descontrol emocional y conductas agresivas en la casa y el colegio. Entonces, aquí tenemos la segunda fase del proceso traumático, que implica observar y evaluar el nivel de sensibilidad, mentalización y la presencia de CDC en el cuidado general, especialmente en momentos de trauma. En muchos casos, la respuesta de cuidado es más estresante y dolorosa que el propio evento externo, sin ocurrir de modo aislado, sino como parte del vivir cotidiano del niño. Es por esta razón que no se puede igualar el evento traumático con la experiencia traumática, ya que la variable que hace la diferencia es el tipo de cuidado que el adulto otorga en esas situaciones. Ahí reside lo esencial del rol del apego en este tipo de experiencias.

Hace alrededor de diez años hicimos uno de los primeros estudios sobre las condiciones de los bebés (cero a doce meses) que se encuentran institucionalizados[25]. Evaluamos a los niños en diferentes áreas, tales como la calidad y tipo de apego, el temperamento, el desarrollo emocional y la psicomotricidad. El estudio fue bastante simple: primero evaluamos a los bebés y a sus cuidadores en estas variables mencionadas; posteriormente capacitamos a los cuidadores durante cuatro horas y les

entregamos un manual que servía como guía práctica sobre aspectos para aumentar el cuidado sensible (mirada, vocalización, contacto afectivo, etc.). Les pedimos a los cuidadores que trataran de aplicar esas guías durante dos meses, y solo que al final de cada semana nos entregaran una pauta ya estructurada sobre las dificultades y dudas para aplicar esas guías. Finalmente, volvimos a evaluar a los bebés después de dos meses de finalizada la intervención. Los resultados no fueron lo esperado, y de manera positiva. Sorprendentemente, un porcentaje significativo de los niños con inseguridad en el apego entraron en la categoría de seguros después de la intervención y mejoraron su desarrollo emocional. Los resultados fueron tan sorprendentes que el estudio se pudo publicar en la revista oficial sobre salud mental del bebé[26].

El punto para sacar a colación este estudio es que el rol que la sensibilidad y la mentalización juegan en el desarrollo general del niño es tan poderoso que, cuando los niños pequeños están en riesgo, un cuidado «suficientemente bueno» puede hacer la diferencia (a temprana edad).

El tercer aspecto está relacionado con los efectos a corto y largo plazo de la experiencia traumática. En el capítulo anterior se explicó esto de un modo detallado, a nivel psicofisiológico y emocional. Lo que se propuso es que el niño va desplegando un sentido crónico de peligro desorganizado, lo que se representó con la metáfora de «estar en la selva». Pero el aspecto que me gustaría recalcar ahora es la desconfianza que se va desarrollando sobre los otros y el mundo. Si las personas que tienen la función de cuidar y asegurar la sobrevivencia del infante se convierten en aquellas que inflingen el peor de los dolores, entonces es inevitable empezar a desarrollar una sensación física y emocional de que los otros siempre te abandonarán, te dañarán y no estarán disponibles en momentos de estrés.

Aquí es donde el cerebro funciona como un «órgano de predictibilidad». Es decir, si el abandono, la soledad y la falta de protección se vuelven lo repetible, el cerebro se programa y se prepara para esperar esa expectativa, funcionando como que si eso es lo que va a ocurrir en el presente y el futuro. Esto es algo que se observa claramente en los niños adoptados o que pasan a Familias de Acogida, desde el segundo año de vida. Muchos cuidadores reportan que esos niños son agresivos hacia ellos o simplemente indiferentes, tratándolos como si fueran un invitado de la casa, sin involucrarse emocionalmente con sus nuevos cuidadores. Desde una mirada externa, uno podría pensar que no tiene sentido realizar ese tipo de conductas, ya que ahora el niño tiene una

familia que no lo traumatiza. Pero desde la experiencia del niño opera la regla de la predictibilidad, según la cual «si algo doloroso y emocionalmente intenso ha ocurrido varias veces, es muy probable que vuelva a pasar».

Entonces, muchas conductas que el niño despliega son para defenderse de esa regla, casi esperando y provocando el abandono, el daño y el rechazo. La agresión es un modo de poner a prueba a los adultos, esperando el rechazo y el abandono. La indiferencia es un modo de no involucrarse emocionalmente, de modo de pretender que la pérdida no los dañará nuevamente. Se han reportado casos en que los niños ya llevan cuatro, seis años con su nueva familia y, a pesar del tiempo, siguen preguntando a sus cuidadores: ¿ustedes me van a devolver?

Ahora, esta desconfianza también aparece en contextos profesionales, en la educación y la salud. Por ejemplo, hay niños que en el jardín son muy independientes y nunca piden ayuda. Dentro de esa autonomía existe una desconfianza y expectativa de ser rechazado, y el miedo a desarrollar un vínculo afectivo que lo pueda terminar dañando más. En el caso de los profesionales de la salud mental, la desconfianza hacia ellos de parte del niño es algo que aparece rápidamente, y nuevamente aquel no quiere hablar ni participar, o simplemente se muestra enojado y agresivo por tener que ir al profesional. Desafortunadamente, muchas veces existen condiciones laborales que aumentan más la desconfianza del niño, tales como la rotación de profesionales, la poca continuidad de las sesiones (una vez a la semana o a veces cada dos semanas, durante un breve lapso de tiempo), o puede ocurrir que el profesional no pueda comprender la constelación traumática del niño, cayendo rápidamente en etiquetamientos, diagnósticos y medicamentos.

Anticipando lo que se articulará en el próximo capítulo, podemos decir que para restaurar (o, como erróneamente dicen, «reparar») el sentido de seguridad emocional de vivir en peligro, se necesita más que eso, es decir, uno o más vínculos emocionales estables, continuos, predecibles, sensibles y comprometidos. Ahí reside la complejidad de ayudar a estos niños, donde primero se debe tener una visión integral, comprensiva y actualizada del TC, y en segundo lugar, en la dificultad de encontrar a alguien que tenga las características anteriormente mencionadas. Como veremos en el siguiente capítulo, para que el niño pueda sanar su trauma se necesita lo que llamamos «un ambiente de cuidado mínimo esperable» que tiene ciertas características, que muchas veces son difíciles de cumplir en la vida cotidiana del niño y en el trabajo profesional con ellos.

Esto último se refiere a que, en contextos laborales se da una alta rotación de profesionales, o las sesiones son esporádicas, o el profesional no tiene la especialización para trabajar estos casos complejos, donde lo más desafortunado es que quien pierde es el niño, activando más su desconfianza, sensación de peligro e impredictibilidad en relación a los otros.

Creo importante detenerme brevemente en este punto, ya que muchas veces los profesionales que toman las decisiones sobre la vida de estos niños inevitablemente suelen minimizar el dolor que provocan el abandono y los malos tratos. A veces se suele acudir a explicaciones tales como que «el niño lo va a superar con el tiempo», «es un niño resiliente», «el niño va a salir adelante con nuestra ayuda». Pero, desafortunadamente, la evidencia no suele siempre mostrar eso. Entonces, seguimos minimizando, negando, ocultando, etiquetando el dolor innegable de los niños. Y, para que quede más claro, el abandono y la separación prolongada de las figuras de apego es una de las experiencias más traumáticas que quedan en el cuerpo y la mente del niño, y por eso los esfuerzos profesionales deberían ir en aras de evitar este tipo de situaciones y no tomar la vía fácil y rápida de separarlos, sin antes realizar una evaluación y tratamiento adecuado con la familia. Reconozco que este tema es polémico, dado que es la tónica de muchas ayudas profesionales que se entregan en Chile y otros países, pero ojalá existan esperanzas de que esto cambie…

La última fase está relacionada con el desarrollo del niño traumatizado a través del ciclo vital. Es decir, el TC va afectando las diferentes etapas de la vida, como un espiral progresivo de dificultades y desadaptaciones en todos los niveles de la experiencia humana (desde lo genético hasta lo cultural). El lector podrá recordar el estudio ACE explicado en el capítulo anterior. Lo que muestran las evidencias del estudio es que claramente el trauma es «una epidemia oculta». Ello, debido a dos razones: la primera es la alta e inesperada frecuencia de niños que han sufrido múltiples experiencias traumáticas en sus vidas, igualándose a otras epidemias como el cáncer, la obesidad y otras enfermedades. Pero la segunda razón es de corte económico. Es decir, y puesto de un modo crudo, el tratamiento de estos niños y adultos cuesta mucho dinero a las familias y a los Estados, debido a que las personas con TC suelen pasar por muchos profesionales de la salud mental y física. Les doy un ejemplo: en conversaciones personales con algunos expertos internacionales del trauma, me llamó mucho la atención cuando me comentaron que a las instituciones que financian los estudios del trauma les

importaba que se evaluara el coeficiente intelectual y el rendimiento académico de los niños afectados. La razón es simple: dado que el trauma afecta todas las áreas de funcionamiento del niño, una de ellas es el bajo rendimiento en el colegio y eso genera que si en una sala de clases hay treinta niños, a lo menos entre tres a cinco (o más) han experimentado experiencias dolorosas, lo que genera inevitablemente una baja en el rendimiento general del curso en las pruebas estandarizadas (como el Simce). Esto conlleva a una baja en el rendimiento del colegio, pero también a un gasto para las instituciones y las familias en psicopedagogos, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, trabajadores sociales y otros. Asimismo, como la constelación traumática implica una variedad de síntomas y conductas, estos niños suelen recibir múltiples tratamientos, diagnósticos y medicamentos de acuerdo a la visión del profesional tratante, y eso va también aumentando el costo económico. Por desgracia, estas evidencias siguen ocultas en Chile y otros países.

Finalizando con el tema del diagrama antes expuesto, creo útil ejemplificarlo con un modelo que se llama «del doble trauma», investigado por otra de las principales expertas en el tema que ya he mencionado, Alicia Lieberman[27]. El modelo en cuestión trata de un fenómeno muy común en nuestra sociedad, a saber, la violencia intrafamiliar (VIF). En términos simples, el modelo se explica analizando de acuerdo a las cuatro fases del diagrama.

En primer lugar, es bien sabido que los niños testigos de VIF no lo son solo una vez, y todo el resto del tiempo y el clima familiar es de felicidad y bienestar. La VIF es más bien un clima general tóxico, donde suele estar involucrado el abuso de alcohol y/o drogas, la agresividad y el descontrol en las relaciones familiares, y el cuidado caótico, estresante y atemorizante.

Aquí tenemos un ejemplo claro de un TC, y esa es la primera fase. ¿Pero dónde está el segundo trauma en este modelo? Imaginen esta escena: el padre acaba de violentar física y psicológicamente a la madre, y el niño es testigo de esto, provocándole mucho miedo y dolor. El niño no puede acudir al padre debido al terror que le provoca. Entonces, acude a la madre para pedir protección y regulación. ¿Y con qué se encuentra? Con una mujer que acaba de ser violentada, humillada, dolorida y muy estresada, donde la única respuesta de contención hacia el niño es más bien la indiferencia o el alejamiento, e incluso la rabia y frustración. Aquí reside el segundo trauma, uno que quizás es más sutil, pero puede ser más doloroso al ser un «trauma interpersonal» proveniente de la

persona de la que el niño espera protección. Entonces, hay desorganización en el vínculo con el padre y la madre.

El escenario se pone peor si el niño es menor de cinco años. ¿Por qué? Por el simple hecho de que a esa edad el niño no puede escapar de la situación violenta, no puede salir de la casa o ir donde un amigo o familiar, y no puede defender a su madre. Entonces, se vuelve un testigo obligado de la violencia.

Curiosamente, la tercera fase se suele observar principalmente en el jardín o colegio. Lo que muestran algunos estudios es que los niños testigos de VIF empiezan a ponerse irritables y violentos con sus pares y educadores. Asimismo, como la madre entra en un estado de irritabilidad, enojo y tristeza, no se encuentra en condiciones de ser sensible y mentalizadora en situaciones de estrés del niño, por lo que puede terminar retándolo o castigándolo por portarse «mal».

Una pregunta fundamental es por qué el niño se pone agresivo. Existen autores que plantean que se está identificando con su padre agresor. Personalmente, no estoy muy claro que eso se aplique en niños tan pequeños. Creo que la respuesta podría ser más simple: la rabia tiene una función en los mamíferos sociales, se activa en situaciones donde el organismo necesita algo pero no lo puede obtener. Entonces, la agresión muchas veces es un modo de expresar esta frustración, o un modo de recuperar lo perdido, o lo que no se puede obtener. En este caso, lo que él ha perdido es de lo más fundamental de la vida: un sentido de seguridad y disponibilidad de parte de sus figuras de apego. Con el tiempo, esta inseguridad se va convirtiendo en desconfianza de que la protección vaya a volver en algún momento. La desconfianza se suele originar con los padres, pero posteriormente con toda posible relación afectiva. Esto se observa en que los niños se vuelven suspicaces y desconfiados, anticipando algún daño o abandono (incluso en situaciones positivas, tales como una muestra de cariño y ayuda de alguien). Esto es más claro ya en la edad escolar y adolescente, cuando se observa a un niño enojado con el mundo, siempre en el límite de caer en la agresión, incluso por eventos ínfimos. Lo que no se observa es que bajo esta conducta matonesca, impulsiva y descontrolada, la emoción sigue siendo de miedo y soledad. Incluso se plantea que la rabia sirve para no sentir ese miedo, pero desgraciadamente la agresión aleja más a las personas, y eso va confirmando en el niño que no puede confiar en nadie.

Para la última fase debemos recurrir nuevamente a Alicia Lieberman y sus hallazgos. Ella realizó un estudio donde demostró que los niños víctimas de VIF suelen ir

disminuyendo su coeficiente intelectual y su rendimiento académico, estando por debajo del promedio de sus compañeros. Otro investigador de renombre, Peter Fonagy, demostró que el maltrato y la violencia suelen «apagar» la capacidad en el niño para mentalizar su propia conducta y la de los otros. Por ende, tenemos a un niño con tendencias agresivas, suspicaz y desconfiado en las relaciones, con bajo rendimiento académico y baja capacidad de leer las emociones de los otros y de sí mismo. Todo esto suele conllevar que con el tiempo los problemas se van agrandando, llegando a dificultades sociales, vocacionales y hasta legales. Evidentemente, esto no implica que todos los niños en violencia experimenten por igual estas fases, ya que siempre existe una brecha de cambio positivo en las trayectorias de vida de las personas.

Creo que ya no es necesario seguir recalcando la enorme potencia que tienen las relaciones de apego y cuidado en la formación y desarrollo del trauma. Asimismo, eso la convierte en la herramienta de cambio más potente para el proceso de ayudarlos a salir de la selva. Incluso se ha planteado que si el niño experimenta durante seis meses a un año, una relación emocional significativa, que sea estable, continua, específica, predecible y comprometida, puede generar impactantes cambios en su trayectoria de vida de dolor.

Ya se ha entregado bastante información sobre el TC, y espero haber sido lo suficientemente claro para el lector. Pero ya es hora de pasar a temas más prácticos…

Capítulo 4

A.M.A.R. EL DOLOR OCULTO EN LA INFANCIA

Los programas A.M.A.R., son una propuesta de intervención práctica, didáctica y simple, basada en los principios de la Teoría del Apego y en el Enfoque de la Mentalización, al proponer que los adultos que tienen funciones de cuidado de los niños (sistema de cuidado) pueden desarrollar y/o fomentar una secuencia de «capacidades de cuidado» dirigidas a la mentalización y regulación de las diversas situaciones de estrés cotidianas que los infantes suelen experimentar. Estos programas fueron creados en Chile por el autor de este libro, junto a un sinnúmero de profesionales colaboradores, durante los últimos diez años[28].

El propósito último de la creación de estos programas era elaborar y testear empíricamente una variedad de programas que tuvieran como fin aumentar la seguridad emocional y el desarrollo socioemocional de los niños junto a sus cuidadores, en una variedad de contextos vitales en la vida del niño. Es por eso que existe el A.M.A.R.-Cuidadores para contextos de cuidado de los niños de cero a dos años, que se han implementado a nivel nacional en salas cuna, institucionalización temprana y madres privadas de libertad junto a sus bebés. Después está el A.M.A.R.-Educacional para preescolares, donde se fomenta el aprendizaje socioemocional en el contexto educativo, a través del fortalecimiento del vínculo entre alumnos y educadores. Asimismo, se encuentra el A.M.AR.-Adopción, que es un programa de acompañamiento para los padres adoptivos, sobre el cuidado respetuoso de niños que han sufrido situaciones de abandono e institucionalización temprana. Finalmente, está el Programa de Apego y Trauma (PAT), destinado a restablecer los niveles de seguridad emocional, así como a disminuir el sentido crónico de peligro, en aquellos niños con TC. Todos estos programas están ordenados bajo un marco filosófico, conceptual, empírico y práctico que organiza el proceso de implementación de un modo serio, sistemático, ordenado y manualizado. Estos programas han sido implementados en diversos contextos, ciudades y países, y los resultados sobre su impacto han sido muy alentadores[29].

¿Pero qué significa el acrónimo de A.M.A.R.? Son las iniciales de cuatro capacidades del cuidado en los adultos, que los estudios han demostrado que son imprescindibles para lograr una seguridad emocional en los niños, a través de una comprensión sensible,

mentalizadora, respetuosa y comprometida. Es de mi entender que, independientemente del contexto de cuidado (hogar, sala cuna, institucionalización, etc.), todos los adultos deberían desarrollar o potenciar estas capacidades de A.M.A.R. (no solamente los padres), y es por eso que aquí se habla de cuidado más que de crianza, o de sistema de cuidado más que de habilidades parentales. Como se diría en un tono de campaña política: «¡El cuidado de la infancia es tarea de todos!».

Expliquemos entonces estas cuatro habilidades:

Atención: es la capacidad de prestar atención y de observar minuciosamente las señales no verbales (el tono de voz, la postura del cuerpo, la expresión facial) y verbales del niño, así como su temperamento. Esta primera capacidad es fundamental ya que es el inicio de la comprensión de las conductas y estados mentales del niño, donde si yo no lo observo directamente, puedo caer en interpretaciones, diagnósticos o etiquetamientos fáciles y rápidos, pero sin haber observado antes a ese niño en particular. Por eso se plantea que la atención es la puerta esencial de entrada hacia lo que viene: la mentalización.

Mentalización: como ya se ha explicado, es la capacidad de comprender, anticipar,

controlar y relacionarse con los otros a través de un proceso de inferir los estados mentales que la otra persona puede estar sintiendo, imaginando, soñando, deseando, pensando. Tal cual como se articuló anteriormente, esto no implica que el adulto tenga que hacerse una teoría psicológica compleja de lo que está experimentando el niño, sino que más bien es una habilidad para la vida en sociedad, y funciona muchas veces de modo automático.

Se espera que los padres o cuidadores adquieran una actitud y habilidad para preguntarse por:

❖ Los estados emocionales del niño (lo que podría estar sintiendo en aquellos momentos de estrés).
❖Lo que podría estar pensando, imaginando o recordando.
❖Lo que podría estar necesitando hacer o expresar a través de la conducta y reacción de estrés (es decir, la función de la conducta y/o reacción de estrés).

Automentalización: es aplicar la capacidad de mentalización en los procesos emocionales y mentales del adulto, en relación con el niño. El fomento de esta habilidad tiene un doble objetivo: por un lado, activar procesos de autorregulación en los adultos en aquellas situaciones estresantes, y por el otro, aprender a diferenciar estados emocionales negativos atribuidos al niño, de los propios procesos afectivos provenientes de las experiencias personales adultas. Es importante aclarar que no se pide al adulto que tome una conciencia amplia y profunda de todos sus procesos internos presentes y pasados, sino más bien que pueda identificar su estado emocional y mental básico en los momentos de estrés de los niños. Es decir, ¿qué me ocurre emocionalmente cuando mi hijo le pega a su hermana menor?, ¿qué pienso de los niños que son muy agresivos?, ¿qué me pasa que no soporto las pataletas de los niños?, ¿por qué me siento más a gusto con ciertos alumnos, pero a otros no los soporto?

Regulación: es la capacidad del adulto de modificar los estados estresantes del niño, de modo de generar un cuidado protector, sensible y disponible. Este tipo de intervención no promueve el uso conductual de «consejos de crianza», ya que se promueve que el «sistema cuidador» desarrolle habilidades y actitudes mentales hacia la comprensión y

empatía de las experiencias estresantes de los niños, antes de aplicar cualquier acción de regulación.

Por ende, Atención-Mentalización-AutomentalizaciónRegulación hacen el acrónimo de A.M.A.R. Es importante mencionar que las primeras tres habilidades se constituyen como el «entrenamiento mental» que el adulto necesita desarrollar antes de realizar una conducta de contención positiva. **Es por esta razón que esta estrategia de intervención va más allá de lo que podría ser la aplicación de una técnica conductista, o de un consejo general de crianza, ya que la Atención-Mentalización-Automentalización inevitablemente individualiza al niño en sus necesidades, procesos mentales y afectivos.** Del mismo modo, se especula que estas habilidades deberían operar en forma secuencial (debido a que cada habilidad necesita de la anterior para entrar en funcionamiento) para que generen un efecto positivo en la seguridad del apego del niño, aunque también es posible que cada habilidad pueda tener su impacto positivo en sí misma, de acuerdo a las capacidades de cuidado de cada adulto.

Entonces, lo que haré en este capítulo final es entregarles informaciones y guías prácticas para aprender a A.M.A.R. el TC de muchos niños que pueden estar cerca de ustedes, quizás sin saberlo. Esta guía no tiene la «cura mágica» ni tampoco consejos de crianza. El propósito es otro: busca cambiar o mejorar sus capacidades mentales y emocionales para comprender empáticamente, es decir, desde el mundo del niño (no del adulto), toda la constelación de experiencias traumáticas que ha vivido o puede estar experimentando en el presente. En términos de información, los primeros capítulos tuvieron la intención de prepararlos y actualizarlos para comprender el TC. Ahora vamos a concretizar algunas estrategias que podemos hacer para obtener una comprensión práctica del tema. Aunque los padres (y muchos profesionales) suelen pedir y buscar el consejo práctico, rápido y eficiente, ahora se sabe que el cuidado no funciona bien de esa forma. Ojalá resultara así, porque el tema del cuidado y bienestar de los niños, especialmente de los que sufren constantemente, sería mucho más fácil para todos. Aunque un padre o profesional tenga a la mano un set de estrategias y consejos de crianza, eso no necesariamente servirá si el adulto no se encuentra en el estado mental/emocional para comprender al niño desde el niño, y darle un sentido de seguridad emocional.

¿Entonces, cómo se hace? Si lo miramos solamente desde el punto de vista del bienestar y seguridad emocional del niño, lo que él necesita y desea es que esos adultos

lo observen, le presten atención, lean sus emociones correctamente, pero, por sobre todo, que validen y mentalicen toda la gama de sensaciones caóticas, experiencias dolorosas y conductas a veces ilógicas que él experimenta. Entonces, si el consejo de crianza se aplica como una receta de cocina, sin antes haber desarrollado la capacidad de atender a las conductas, reacciones y temperamento del niño, de mentalizar sus estados mentales y emocionales con respeto y sin descalificaciones o etiquetamientos, automentalizar lo que al adulto le ocurre emocionalmente con determinados niños y, finalmente, buscar una forma que a «ese» niño le calme su estrés, le entregue protección y le desarrolle la seguridad emocional, entonces creemos que el cuidado no tendrá el efecto deseado. Desafortunadamente, los consejos de crianza asumen el error de considerar que todos los niños son iguales o que todos se verán beneficiados con ciertas guías, pero eso no ayuda a comprender la individualidad de cada uno de ellos. Desgraciadamente, como los padres tenemos cada vez menos tiempo para cuidar a nuestros hijos, la receta es bienvenida.

Quizás el lector se estará preguntando: ¿estas guías para qué edad sirven? Es una pregunta difícil. He podido constatar que la guía en la fase de atención se puede utilizar en niños de cero a cinco años, y en algunos casos, en escolares. La guía para la fase de mentalización se puede usar hasta la adolescencia. La fase de automentalización es una tarea para toda la vida. Y, finalmente, la fase de regulación es posible usarla hasta los siete años, pero se adapta mejor durante los primeros seis años.

Aunque ya parezca repetitivo, nuevamente necesito recordarles que la ayuda genuina hacia los niños con TC (y todos los niños), no pasa por aplicar de forma mecánica y automática consejos de crianza, sino que el cambio proviene primero de que el adulto modifique y desarrolle un estado mental/emocional hacia el mundo y el ser del niño, de modo que cuando ocurra este cambio paradigmático la pregunta ya no será ¿cómo controlo a mi hijo para que no le pegue más a su hermana?, sino: ¿cómo se siente y qué desea hacer un niño que tiene que usar la agresión para relacionarse con ella?, ¿qué le estará ocurriendo en su vida?, ¿qué necesita y que le falta? Así, de modo natural y genuino, el vínculo con ese niño cambia, porque ya no espera ser controlado y castigado, sino que se siente comprendido y validado en sus emociones, y eso va generando un sentido de seguridad en él.

Esto puede parecer muy poético, pero sabemos que muchos adultos no piensan que los niños viven un mundo emocional, mental y social muy propio, y ese mundo se debe conocer y respetar. Lo irónico e interesante de todo es que al niño no le interesa si el

padre se ha aprendido todos los consejos de crianza, o si el psicólogo estudió en Harvard, o si la educadora se especializó en la última metodología de aprendizaje, lo que él busca es que lo traten y validen de forma respetuosa, buscando comprender su mundo.

Entonces, imaginen lo que quieren y desean los niños con TC. Después de llevar diez años implementando, evaluando e investigando sobre las capacidades de A.M.A.R. en salas cuna, jardines infantiles, hogares con familia, familias adoptivas, familias de acogida, infantes institucionalizados e infantes con TC, he podido constatar que cuando se empieza a desarrollar esta conciencia hacia el mundo emocional, mental y social de los niños, el vínculo de apego cambia, y cambia simplemente porque el niño siente a un adulto distinto, con otra actitud, con otro tono de voz, que emite otros comentarios, con otra disponibilidad y apertura hacia el vínculo seguro. Y eso que siente el niño le va dando confianza en los otros, le va confirmando que sus emociones y conductas tienen un valor, y se va sintiendo con más seguridad en la disponibilidad y protección del adulto y, por sobre todo, se siente como un ser en quien sus emociones y experiencias son tan reales y válidas como las del adulto. En eso reside, creo yo, el verdadero cambio. Me acuerdo de haberle hecho a un niño de cinco años una pregunta casi retórica: ¿qué preferirías hacer hoy, haber venido a verme o salir con tu papá y que llegue más temprano a la casa? La respuesta fue obvia. Es más, si me hubiera respondido que prefería venir a verme, entonces hubiera quedado muy preocupado sobre el cuidado del padre.

En mi libro anterior traté justamente de mostrar que existen muchas instancias de prácticas de cuidado y vivencias de los niños que podemos mentalizar de un modo respetuoso, tales como el amamantamiento, el sueño, el estrés, la alimentación, y muchas más. En este libro iremos un poco más hacia las profundidades: buscar A.M.A.R. el dolor oculto de miles de niños que sufren TC[30]. Así es que, sin más explicaciones, ¡empecemos!

Atención

Aunque ya se explicó qué es la **atención**, me gustaría ahondar un poco más en ello. La atención es como un «observar sin pensar». Es observar al niño, sus conductas no verbales o físicas, tales como su mirada, su tono de voz, su postura corporal, su forma de

aproximarse o alejarse del adulto, su forma de buscar contacto físico, su forma de pedir ayuda en momentos de estrés, y su temperamento (si es muy sensible a ciertos estímulos o es más bien tranquilo, o inquieto y muy activo, o frustrado y enojado). Es decir, es lo que podríamos llamar *aprender a microobservar*. Recuerdo varias veces estar en la consulta con niños y sus padres, y el niño empieza a ponerse irritable, se amurra con una cara evidente de enojo, el cuerpo parece «apretado», y yo le pregunto al padre: si observamos cómo se encuentra su hijo ahora, ¿qué es lo que puede decir de su conducta? Muchos adultos dan respuestas del tipo: «típico niño amurrado», «eso lo hace siempre que no le damos lo que quiere», «su hermana hace lo mismo cuando está enojada», «qué voy a saber yo, usted es el experto». No doy estos ejemplos para criticar a algunos padres, sino para demostrar que la capacidad de atención debe entrenarse, debe practicarse, ya que implica un esfuerzo de observar los rasgos visibles del niño, pero de un modo muy específico.

En nuestros estudios en salas cuna y jardines infantiles, también pudimos constatar que un número importante de educadoras no tenían la actitud de prestar atención selectiva y específica a los niños, sino que más bien era como una mirada general hacia delante o hacia arriba, pero no buscando atender cómo es la tonalidad de su cuerpo, su expresión facial, su mirada, y quizás llegar a distinguir que «hoy Javier llegó distinto, se ve más apagado, casi triste» (que eso ya es mentalizar). Pero también lo he observado en psicólogos; en quienes la preocupación es administrar una serie de tests, donde, a pesar de que se le dice al niño que «no es una prueba, no tiene nota», uno atiende su cuerpo, su tonalidad emocional rígida, su mirada nerviosa, y es claro que sí siente que es una prueba, como las del colegio. Pero a veces el profesional no atiende a eso y sigue con su procedimiento. Esto de los tests es mucho más desorganizante para los niños con TC, por lo que se debe tener precaución y atender sus reacciones. En todo caso, no creo que la capacidad de microobservar sea una habilidad natural del ser humano, ya que de lo contrario las interacciones sociales serían más lentas y quizás más incómodas. Claramente, no es muy adaptativo estar todo el tiempo microobservando los aspectos no verbales y verbales de los niños (imaginen a una educadora con treinta niños en sala, que tuviera que micro-observar a todos), o una familia con cuatro hijos, o un psicólogo que tiene que atender a diez niños al día. Lo que se recomienda es atender al niño en los momentos de estrés, ya que esos son los momentos de oro para desarrollar la capacidad de A.M.A.R.

Pero, por otro lado, me ha impresionado la capacidad de atención de muchos padres y profesionales a quienes, sin ningún entrenamiento, les surge espontáneamente. De hecho, muchas de las ideas y conceptos de los programas A.M.A.R. surgieron de observar a estos adultos (y no tanto de las teorías y las investigaciones). Por ejemplo, madres que te dicen que se dan cuenta rápidamente de cuando su hijo llega diferente del colegio, y yo les pregunto cómo se dió cuenta de eso y ellas me responden: «no lo sé, pero su cara estaba diferente, su forma de saludarme no era como siempre, andaba raro». Una pregunta interesante es ¿por qué algunos adultos tienen más desarrollada esta capacidad y otros no? La verdad es que no tengo una respuesta, pero es un tema interesante a indagar e investigar.

Vamos a lo que nos compete: ¿cómo atender el TC? Dado que este libro pretende ser una guía o una bitácora para comprender el TC invisible en muchos niños, la idea no es complicar con más información científica, sino entregar una guía de atención. Hace algunos años desarrollé una lista de conductas que funcionan como lo que podríamos llamar «signos de alarma». Es decir, conductas que si un padre o un profesional detecta en un niño, existe una alta probabilidad de que él está siendo desorganizado, o experimentando un proceso de TC. Esta lista es el resultado de cientos de observaciones realizadas en el contexto de las investigaciones que hemos realizado, pero también complementada con indicadores desarrollados por expertos internacionales. La lista se llama CDA (Conductas Desorganizadas de Apego), y el propósito por el que fue construida era que los profesionales de la salud (por ejemplo, en el contexto de la evaluación pediátrica o control del niño sano) pudieran identificar y sensibilizarse frente a diversos indicadores conductuales predictores de diversas situaciones de malos tratos y cuidados traumatizantes que no suelen ocurrir en presencia del profesional (un padre no le va a pegar a un niño en el contexto de una visita pediátrica, o en una sesión psicológica). En general, estas conductas suelen aparecer especialmente en momentos de estrés y en presencia de algún cuidador significativo. El punto central es que si los profesionales desarrollan la capacidad de atender estas CDA, pueden identificar (o hipotetizar) posibles situaciones de trauma y, por ende, buscar alguna forma de prevenir mayor dolor, y promover mejor bienestar y seguridad en el niño.

La lista contiene ocho categorías a las que el lector debería comprender y atender. Algunas categorías están relacionadas más directamente con situaciones traumáticas específicas, y otras con una multiplicidad de traumas. La lista es la siguiente:

— **Evitación/apatía**: Aquí uno observa a un niño muy pasivo, tranquilo y con un tono deprimido. El bebé no expresa reacciones de estrés (no suele llorar y tampoco juega), ni emociones positivas (como sonreír o buscar el contacto con algún adulto). Suelen tener hipotonía (cuerpo flácido), y pareciera que el niño estuviera desconectado de los otros y del mundo. En niños ya de dos años, en situaciones de juego, no parece mostrar ningún interés por los juguetes, donde los mira pero no inicia un acercamiento o intención de jugar, quedándose sentado casi inmóvil, sin buscar instancias lúdicas. Lo que llama la atención es que si uno trata de contactarse con él e iniciar algún tipo de interacción positiva (hablarle, mirarlo, sonreírle, tomarlo en brazos), el niño no muestra ninguna motivación y capacidad para vincularse con uno. El niño te mira, pero no sabe qué hacer y cómo ser en esas interacciones positivas. Más bien se queda impávido, pasivo y desconectado.

Este tipo de niños suelen observarse de un modo muy frecuente en los contextos de institucionalización temprana o en niños que viven en situación de negligencia grave, donde el infante simplemente es depositado en un lugar por largos periodos tiempo, sin que nadie acuda a verlo, calmarlo o interactuar con él, y eso es parte de su vida cotidiana. También, se ha observado este tipo de conductas en madres con depresión posparto severas, o posibles indicadores tempranos de algún trastorno generalizado del desarrollo en el espectro autista. El aspecto común de estos contextos de cuidado es un ambiente donde los adultos no interactúan con el niño, no lo estimulan, no buscan la comunicación y menos el juego, y esto va ocurriendo de forma crónica, por extensos lapsos.

En una serie de estudios que realizamos en niños de cero a dos años, y en niños que empiezan a temprana edad a ir a salas cuna en jornada completa, el 40-50% de ellos ya mostraban esta apatía/evitación en el primer año de vida. Recuerdo haber visitado uno de estos hogares de institucionalización, y me acerqué a un bebé de aproximadamente cinco meses, traté de interactuar de un modo cálido, positivo y lúdico, pero me miraba sin ninguna expresión facial que denotara molestia o alegría, y mi sensación era que, en el fondo, el bebé no sabía qué hacer en esas situaciones, que suelen ser lo más básico del vínculo con los otros (mirar, reír, vocalizar, buscar proximidad, responder), pero a él no se las habían enseñado o estimulado. Esto quizás resulta un poco obvio, ya que si no han interactuado contigo antes, no tienes cómo aprender esas capacidades intersubjetivas, tan comunes y cotidianas de muchos niños.

— **Hiperreactividad extrema**: Esta es la única categoría que no está directamente relacionada con el tipo de cuidado recibido, sino más bien tiene un origen genético a través del temperamento del niño. Se podría escribir un libro completo acerca de las nociones sobre el temperamento y su gran influencia en los procesos que determinan el desarrollo infantil y adulto, pero desafortunadamente no ha sido un modelo muy aceptado en países como Chile, a pesar de llevar más de cuarenta años recolectando información sobre su fundamental rol.

Aquí vamos a referirnos a los que han sido llamado niños con «hiperreactividad extrema». Debido a que suelen ser altamente sensibles en algunos de los sentidos (olfato, gusto, audición, contacto piel a piel y visión social), y en las experiencias negativas y el nivel de actividad son niños que pueden estar en alto riesgo de recibir un cuidado desorganizado. Para aclarar un poco el asunto del temperamento, actualmente se lo considera como un umbral de reactividad sensorial y emocional con el que el bebé nace, donde cada uno nace con diferentes umbrales para reaccionar frente a los estímulos externos e internos. Es decir, que tiene un origen esencialmente genético. Algunas personas son más o menos sensibles a los ruidos, al contacto físico, a olores y comidas fuertes, a estar en situaciones sociales con mucha gente, a irritarse o enojarse muy fácilmente, y no poder estar sin moverse continuamente. Esta diferencia en el modo de reacción de cada persona es lo que llaman temperamento. En el caso de los niños con hiperreactividad extrema, suelen presentar una alta sensibilidad en muchos de los sentidos, tienen baja actividad, pero pueden ser muy emocionales en la frustración. Más concretamente, son niños que suelen hacer muchas pataletas, quejarse por casi todo, ser bastante controladores en sus relaciones (que se haga lo que ellos quieren), y muchas veces son obstinados (insisten en hacer lo que quieren). Un ejemplo es un niño que se despierta y empieza a quejarse porque le molesta la ropa muy ajustada, después hay algo en el desayuno que no le gusta o huele mal, posteriormente es probable que muestre su descontento porque no le gusta ir al colegio debido a que hay muchos estímulos que le molestan (los ruidos, los compañeros bruscos, hacer gimnasia, las reglas, hacer amigos). Podría darles muchos ejemplos de estos niños, ya que calculo que a lo menos el 40% de los que me ha tocado atender tiene algún rasgo de hiperreactividad. Tuve un caso de un niño de cuatro años que se negaba a ir al colegio, y todos los días era un escándalo. Los padres eran muy sensibles y pacientes con el niño, y esperaban a que se calmara, o le explicaban con buen tono qué debía ir. Las educadoras llaman a los padres para

reportarles que el niño sale muy poco a recreo, no tiene muchos amigos y se observa tenso en la sala. Yo lo fui a observar a su jardín y después de una hora pude constatar dos cosas: la primera era que una de las educadoras tenía un tono de voz muy fuerte y casi brusco, llegando a gritar en muchas ocasiones, y eso incomodaba al niño. Lo segundo es que cuando llamaban a recreo, todos los niños salían corriendo, empujándose, gritando, y en varias ocasiones pasaban rozando o empujando al niño. Entonces, él esperaba sentado a que todos salieran y finalmente cuando el ambiente estaba más tranquilo, él se dirigía al patio. El problema es que cuando él abandonaba la sala habían pasado diez minutos, y ya casi era la hora de volver a clases. Asimismo, en el poco tiempo que le quedaba de recreo, no le gustaba mucho jugar con sus compañeros, ya que según él, solían gritar, moverse y hacer juegos bruscos. Todo esto lo pude corroborar con el propio relato del niño.

¿Por qué decidí incluir esta categoría en las CDA? Por razones muy simples. Primero, porque debido a la alta sensibilidad de los niños, es probable que los cuidadores suelan frustrarse, enojarse y perder la paciencia, pudiendo caer en conductas de cuidado agresivas o indiferentes, lo que aumenta más la reactividad del niño, y eso va empeorando su desarrollo y adaptación general. En países del hemisferio norte occidental se han implementado clínicas para ayudar a los padres a comprender y regular a estos niños («Fuzzy baby clinic-Clínica del niño irritable), debido a la facilidad con que pueden deteriorarse en el desarrollo si el cuidado que reciben no es el adecuado. Por ende, esta categoría, en los casos en que los niños muestren una alta y extrema reactividad en los sentidos, las emociones y/o la actividad, se considera un factor de riesgo para el desarrollo y por eso es muy urgente detectarlos a temprana edad.

Otras características de estos niños es que a veces son muy obstinados, y quieren mandar y hacer lo que ellos quieren. Esto conlleva a que los etiqueten de «difíciles», «maleducados», «egoístas». Pero no son esas etiquetas la razón de fondo de esta conducta obstinada, sino que al igual que muchas otras conductas que hacen, son estrategias que el niño va aprendiendo para anticipar y controlar toda la alta intensidad de estímulos sensoriales y emocionales que siente en la interacción con los otros.

Para que se entienda mejor, si a una persona con un temperamento normal se le presenta un ruido, o un olor fuerte y eso molesta, a los niños hiperreactivos les afecta 20-30 veces más. Es como que ciertas situaciones intensas de estímulos físicos y sociales fueran un tsunami que ahoga al niño, y eso lo descontrola, lo frustra y a veces lo aterra.

Entonces, la obstinación no es sinónimo de «mala crianza», sino que es una forma que el niño va aprendiendo para anticipar y controlar estímulos sociales que, de otro modo, lo descontrolan. Esa obstinación es un modo de que no haya sorpresas en las interacciones con los padres y pares (siendo terco en el hecho de que las cosas tienen que ser como él quiere), y así tiene controlada su sensorialidad y emocionalidad.

Hablando de «maleducado», un caso emblemático que tuve en mi consulta, y que me permitió comprender mejor la hiperreactividad, es el de un niño de cinco años que hacía constantes pataletas durante el día, se negaba a ir al colegio porque le desagradaba todo lo que había en ese lugar y tenía muy pocos amigos; para los padres era muy difícil salir con él (por ejemplo, a un restaurante), ya que casi siempre terminaba haciendo escándalos, con llantos y enojo. Los padres eran muy sensibles y pacientes con el niño, pero obviamente estaban preocupados por su forma extrema de reaccionar. En una ocasión, ellos me expresaron que dentro de todo lo que hacía el niño, había una conducta que estaba provocando una especie de conflicto familiar; a saber: el niño se negaba a saludar de beso a sus abuelos maternos. En un principio, los abuelos pensaron que era por su corta edad, pero con los años empezaron a cuestionar a los padres ya que el niño tenía rasgos de maleducado y, finalmente, se sentían mal porque pensaban que su nieto no los quería. Con el tiempo, el niño me confesó que no saludaba al abuelo porque le molestaba su barba, y le daba asco y ganas de vomitar el perfume de la abuela.

Otra característica de los niños con hiperreactividad es que a ellos no les gusta la actividad física (no les gusta la gimnasia o hacer algún deporte). ¿Por qué? Principalmente, porque en la actividad física los niños se cansan, transpiran, hay roces físicos y esas sensaciones son desagradables para un niño muy sensible (incluso llegando a vomitar). Entonces, son niños que prefieren estar solos o con uno o dos amigos, tranquilos en sus casas. Ahora, esta baja actividad física también es un modo de protegerse de tantos estímulos que los perturban y desorganizan. Es como un escudo que ellos van desarrollando a través de estas conductas, de modo de tener anticipado y controlado el mundo sensorial y emocional. Tal como les dije, podríamos hablar mucho de este tipo de niños, y es probable que el lector se sienta identificado, al compararlo con algún hijo, alumno o paciente que haya tenido.

Para resumir, creo importante aclarar algunos puntos: primero, desafortunadamente, debido a lo intenso de su conducta, estos niños suelen recibir una serie de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos (déficit atencional sin hiperactividad, trastorno oposicionista

desafiante, timidez, síndrome de asperger e, incluso, trastorno bipolar). En segundo lugar, es importante aclarar que el hecho de que la hipersensibilidad tenga un origen genético, hace que el ambiente y cultura de cuidado de cada sociedad y familia puedan modificar este temperamento.

He podido participar de un equipo internacional de investigadores para evaluar los efectos del tipo de cuidado y el temperamento en el desarrollo del niño, de modo de buscar diferencias en distintos tipos de países y culturas. En un estudio de cuatro países (Chile, Corea, Estados Unidos y Polonia) se encontró que niños chilenos de uno a tres años mostraron los más altos niveles de emocionalidad negativa, miedo y bajo bienestar emocional. Esto demuestra que diferentes tipos de culturas pueden moldear de algún modo el temperamento del niño. En estos momentos se está realizando otro estudio de 16 países, para ver cómo las expectativas del cuidado de cada sociedad afecta el temperamento y la salud mental de los niños.

La hipótesis (ya comprobada en el estudio anterior) es que aquellas sociedades de tipo individualistas centradas en el logro personal, el desarrollo económico y el cuidado basado solo en la familia, suelen presentar niños con un temperamento más estresado, con mayor emocionalidad negativa y mayores niveles de actividad. Cabe mencionar que en el ranking de este tipo de sociedades, Estados Unidos tiene el primer lugar, seguido muy de cerca de Chile.

El tercer punto es algo que quizás el lector se podría estar preguntando: ¿cómo puedo saber si la conducta hipersensible de un niño se debe a su temperamento o a su estilo de apego (por ejemplo, como el tipo ambivalente)? Aunque todavía los estudios no han resuelto la relación del temperamento con el apego, o cuál es más influyente en el desarrollo, algo queda claro, y es que desde el primer año es muy probable que ambos se mezclen e interactúen entre sí, dando forma a la personalidad del niño. Los investigadores llevan décadas en discusiones sobre cuál es el más importante, pero no ha habido un consenso. Lo que sí se puede aclarar es que los niños hipersensibles suelen serlo en casi todas las situaciones de su vida cotidiana y con casi todas las personas. En cambio, el apego es persona-dependiente o selectivo, es decir, es específico a un cuidador. Por ejemplo, un niño con ambivalencia en su apego puede serlo solo con la madre, pero en otros contextos de menor ansiedad y mayor predictibilidad se comportan de modo adecuado. Esto suele observarse, por ejemplo, en situaciones en las que el niño va a la casa de su abuela y se comporta adecuadamente, y la madre lo va a buscar y

empieza a hacer desórdenes. Aquí los padres te preguntan cosas como: ¿por qué en el colegio nos dicen que se porta tan bien, pero en la casa hace puros desastres?

El cuarto punto está relacionado con los famosos cólicos experimentados durante el primer año de vida, y su relación con el temperamento. La noción médica es que los cólicos son dolores en el colon, razón por la cual los bebés suelen llorar de modo intenso, siendo muy difíciles de calmar, bajo la regla del 3x3 (llanto intenso a lo menos tres veces a la semana, tres veces al día). Hace algunos años se publicó un artículo en el que se hizo una revisión de los estudios sobre este fenómeno, y se encontró que no más del 10% de los cólicos era debido al dolor físico en el colon; el 90% restante era debido a una alta hipersensibilidad a los estímulos, que sobreestresaban al bebé, provocándole un llanto inconsolable. Debido a lo anterior, muchos expertos han propuesto cambiar el nombre de cólico a «llanto excesivo».

El siguiente punto se refiere a un concepto muy útil para los padres y profesionales, y es lo que se llama «bondad de ajuste». Este término se refiere a cuánto calza o se ajusta el temperamento del niño con las expectativas de los adultos sobre cómo ellos deben comportarse. Muchas familias consultan cuando ocurre este desajuste. Lo explicaré mediante el ejemplo: de un niño de seis años con una alta hiperreactividad en lo auditivo, olfativo, táctil y emocional, a quien sus padres, muy sensibles y preocupados (pero también ya perdiendo la paciencia), consultan porque están ya cansados de que todo el día sea un escándalo con su hijo. Dentro de toda la constelación de dificultades en el diario vivir de la convivencia con el niño, al padre le molesta un hecho bien claro: él estudió en el mismo colegio al que asiste el niño y llegó a pertenecer al equipo titular de básquetbol. Por lo mismo, desde chico le empezó a inculcar ese deporte, y a los seis años lo motivó para que empezara a jugar para el equipo del colegio. En un principio, el niño acató la orden, pero ya a la segunda semana de entrenamiento se resistía a ir, haciendo intensas pataletas y enojándose mucho. Finalmente, se negó determinantemente a ir. Al padre enojaba mucho esto y no podía comprender y aceptar que su hijo no quisiera seguir su tradición. Aquí se produce una bondad de desajuste entre las expectativas del padre y la experiencia sensorial y emocionalmente desagradable del niño, al tener que practicar un deporte donde se corre, se transpira, la gente grita y, sobre todo, hay mucho contacto físico brusco. Por ende, la bondad de ajuste nos recomienda prestar atención al temperamento del niño y, en especial, observar y analizar si aquel calza con nuestras expectativas de adulto sobre cómo nuestro hijo debiera ser.

Esta bondad de ajuste también es muy común observarla en el sistema educativo tradicional, donde muchos docentes tienen la expectativa de que el niño no se mueva, se concentre, se porte bien, no moleste y haga caso en todo. En aquellos niños con un temperamento más tranquilo esto no es problema, pero en aquellos más sensibles es todo un desafío. Finalmente, creo muy importante aclarar que esta categoría se refiere a los niños que son hipersensibles de un modo extremo, es decir, son hiperreactivos en muchos sentidos y emociones. Aclaro esto porque existen infantes que suelen ser asquientos o les molestan los ruidos, pero no presentan esa intensidad emocional a nivel cotidiano.

— **Miedo**: ya se ha hablado mucho del rol central que juega la emoción del miedo en el desarrollo del TC. Esta categoría se refiere a prestar atención a conductas más específicas que expresen que el niño está asustado en presencia del cuidador. Indicadores conductuales de esto implican observara un niño con el cuerpo rígido (hipertonía), con una mirada asustada e hiperalerta hacia los comentarios y movimientos del adulto, y en una actitud que podríamos llamar de «dubitación», como si el infante no se atreviera a hacer nada sin antes recibir la aprobación verbal o no verbal del adulto. He observado situaciones que el niño está tranquilo cerca del cuidador, y súbitamente este levanta la mano para decirle «anda a buscar ese juguete», y el niño, en una fracción de segundo, de un modo automático, mueve la cabeza como tratando de esquivar un golpe. Incluso en bebés traumatizados de pocos meses, he observado que un adulto se acerca, lo quiere tomar en brazos, y automáticamente el bebé desvía la mirada y cierra los ojos. En otros casos, el niño lisa y llanamente se aleja o se esconde cuando aparece el cuidador.

Les relataré el caso de un niño de cinco años: es derivado por el colegio a una psicopedagoga ya que su rendimiento escolar ha ido bajando a través del año. La profesional, de modo muy acertado, detecta dificultades más emocionales que intelectuales. A continuación, en la sesión conmigo, el padre empieza a quejarse en un tono brusco, expresando que su hijo es «flojo, distraído, que de ese modo no va a llegar a ninguna parte», y que él sufrió mucha pobreza en su infancia, pero pudo salir adelante con esfuerzo y dolor, y así pudo sacar una carrera. Más allá del relato descalificador del padre, lo que entonces me llamó la atención fue la actitud no verbal del niño. Él se mantuvo sentado a su lado, quieto y rígido, mirándolo cuando él profería todas estas críticas. Al niño no le surgía moverse, tomar los juguetes o verbalizar algo. En un

momento, me di cuenta de que el niño se quedó mirando fijamente un juguete ubicado en el otro extremo de la sala, y yo le dije «anda a jugar, no te preocupes, para eso son esos juguetes (en un tono como que «aquí puedes hacer lo que quieras»). Automáticamente, el niño dirigió la mirada hacia su padre con expresión de «pedir permiso», a lo que él asintió con la cabeza de un modo serio, expresando «anda». El niño se levantó lentamente del sillón y tímidamente empezó a mirar los juguetes, pero su emocionalidad y corporalidad seguían siendo de duda, tensión, manteniendo miradas hiperalertas hacia el padre. Con el pasar de las sesiones, el padre comenzó a reconocer los castigos físicos que solía propinarle al niño cuando este no hacía lo que se esperaba de él (cachetadas, correazos, encierros en la pieza, etc.).

Aunque en esta categoría pueden caer muchas CDA, cuando más se observa es en el cuidado autoritario, rígido y violento, fundamentado en el miedo. El padre, quien probablemente recibió un trato similar, es la «ley y el orden», y sus palabras y expectativas deben cumplirse sin reclamos, y los sentimientos y explicaciones del niño no tienen validez; por ende, los niños no son escuchados y mucho menos reconocidos. Pero el miedo al daño es lo que va organizando su experiencia. A través del desarrollo, en la adolescencia es probable encontrarse con un joven con tendencias agresivas en el colegio, pero la agresividad es como una «bomba de tiempo», porque él puede estar tranquilo, pero súbitamente explota y agrede. Como ya lo hemos explicado, esa rabia le permite tener escondida y controlada las emociones de miedo y abandono, debido a lo desorganizante que es para él sentir eso.

— **Contradicción/interrupción:** este tipo de conductas pueden parecerle al lector un poco bizarras, pero para simplificarlas las dividiré en dos subtipos. El primer tipo implica acercarse/alejarse. Esto ocurre cuando el niño hace un intento de acercarse al cuidador, particularmente en momentos de estrés, pero, a mitad de camino, o se queda parado y se aleja, o pasa de largo del cuidador y se dirige a otra parte, o termina abrazando a otra persona que esté cerca. Es como si se activara su apego como primer impulso, pero repentinamente aparece el miedo y otras emociones negativas, y termina «cancelando» el impulso, realizando otra conducta de evitación hacia la figura de apego.

Es probable que estas conductas puedan no estar relacionadas con experiencias traumáticas muy intensas, sino más bien con cuidadores o educadores que confunden y generan miedo en el niño, llevándolo a realizar acciones cambiantes, impredecibles,

ilógicas y confusas. Por ejemplo, el cuidador está contento jugando con el niño y repentinamente cambia de humor y lo reta. O conductas en las que el adulto golpea o le grita muy fuerte al niño, pero minutos después aparece llorando pidiéndole disculpas y diciéndole que se comportó así «por su propio bien». Incluso, se dan situaciones en las que el cuidador juega con el niño, el juego es claramente brusco y asustadizo, pero el adulto se ríe como si estuviera disfrutándolo, confundiendo al niño ya que lo «entretenido» es a la vez atemorizante.

El segundo tipo de conductas se podría llamar «switch afectivo», o cambios bruscos de reacciones emocionales opuestas, en presencia del cuidador significativo. Estas puede ser que aparezcan en edades más tardías, en presencia de otros adultos. Por ejemplo, el infante llora de un modo intenso cuando la madre se aleja, pero al volver ella, repentinamente, deja de llorar y se queda inmóvil (casi perplejo) mirando al vacío, en la medida en que el adulto se va acercando. Puede ser también todo lo contrario, el niño está muy tranquilo jugando en su pieza y llega el papá del trabajo, busca acercarse al niño, y este estalla en un llanto de miedo. En la edad preescolar, estos cambios súbitos de afecto se pueden observar con los pares y las educadoras. Por ejemplo, un niño puede tener un amigo preferido, pero de un momento a otro se enoja con él y lo golpea. Como se puede apreciar, tanto en el niño como en el adulto, estos cambios repentinos de humor provocan una sensación de miedo e impredictibilidad en los otros, lo que aumenta más la desorganización en el niño. Asimismo, es probable que estas oscilaciones emocionales sean el producto de la confusión del niño, al no saber cómo vincularse de un modo organizado con sus cuidadores.

— **Desorientación/confusión**: este es otro tipo de conductas, que por lo menos en mi experiencia se suele observar escasamente. Incluso las he podido identificar en ausencia del cuidador. Aquí el niño, durante un lapso muy breve pareciera perderse en el espacio y el tiempo, desplegando una mirada perdida, confusa, y una actitud corporal de no saber dónde está. Pero, súbitamente, sale de ese estado casi de trance y retoma su conducta habitual. Otro tipo de desorientación es cuando aparece alguna figura de apego y, en un corto momento, el niño expresa una cara de confusión, como si no supiera quién es el adulto presente allí y no pudiera reconocerlo. No tengo mucha claridad sobre qué significan estas conductas, pero es probable que sea otra expresión o faceta de la disociación. Esto, debido a que el niño entra en un estado de trance, desconectándose de

la realidad circundante, por un breve tiempo. En general, esto puede estar relacionado con maltratos graves o con situaciones traumáticas extremas (por ejemplo, niños víctimas de guerras o testigos de escenas muy terroríficas).

— **Congelamiento:** pienso que esta es una de las categorías más graves. El congelamiento (o *freezing*) es una reacción física en la que el niño literalmente se paraliza en presencia del cuidador, y queda en la actitud del clásico juego de «1, 2, 3 momia es». El niño parece una momia o una estatua, completamente tieso, con la mirada perdida o fija en un punto (pero no en el adulto). También he observado esta conducta de congelamiento entre los ocho y los diez años, cuando en una situación de entrevista sobre su historia familiar, alguna pregunta le gatilla un recuerdo traumático y el niño se queda paralizado por unos segundos.

No es tanto lo que se sabe de esta conducta, pero una cosa es clara: se relaciona con un nivel de disociación muy extremo. Una de las evidencias de esta aseveración viene del estudio y observación de la conducta de otros animales sociales en situaciones de peligro extremo, en donde el daño físico (y la muerte) son inminentes. Imaginen a un conejo que se cruza con un lobo, y la muerte es lo que vendrá; entonces el animal se queda congelado. Es muy probable que este congelamiento tenga dos funciones (al igual que en el ser humano): primero, es la expresión de un cuerpo y cerebro que se apaga, esperando que el daño y/o la muerte no provoquen tanto dolor (el cerebro secreta también en esos momentos opiáceos o anestesiantes naturales para disminuir el dolor). Por otro lado, se sabe que en los mamíferos sociales la visión es un órgano sensorial imprescindible para la sobrevivencia. Entonces, si el animal o el niño se congelan, puede ser una estrategia para que el agresor no se dé cuenta de su presencia. Es como buscar hacerse invisible para el otro. Lo que es claro es la expresión del peligro objetivo y mortal.

Una de las razones por las que el congelamiento ha sido escasamente investigado, es porque en general dura muy pocos segundos. No es que el niño se quede como una estatua por minutos; si fuera así ello se debería a que el trauma fue extremadamente grave (como la tortura o la esclavitud sexual). También puede deberse a que el niño tenga un daño a nivel neurológico. Me tocó observar el caso de una niña de diez años que fue sistemáticamente abusada por el padre, desde los dos años de vida. Yo la conocí en el contexto de un estudio en el que entrevistábamos a niños entre los ocho y los

dieciocho años que habían sufrido TC en su infancia. La entrevista se grababa en video y las preguntas eran sobre su historia de apego (especialmente, sobre situaciones de estrés en la infancia). Una de esas preguntas era: ¿cómo es estar con tu papá?, y ¿qué pasa cuando tu papá se enoja contigo? En la primera pregunta, la niña a la que me refiero se quedó paralizada, mirando hacía el vacío, con su cuerpo completamente inmóvil, por un periodo de alrededor de treinta segundos; de súbito, como si se despertara de un trance, me preguntó: «perdone, ¿qué fue lo que me preguntó?».

En el caso del congelamiento en infantes de cero a tres años, es más difícil y poco probable observarlo, pero de todos modos es muy grave y un claro signo de TC muy crónico, intenso y aterrador: torturas, abusos sexuales constantes y con agresividad, maltrato dejando heridas graves, y toda una gama de CDC que dejan al niño en un estado de miedo paralizante, al borde de la sobrevivencia. Varias evidencias hay sobre este estado, pero la mayoría identificadas en adultos (por ejemplo, en veteranos de guerra) y en menor medida en niños pequeños.

En momentos de congelamiento, el cerebro activa áreas que anticipan el peligro y el daño físico y psicológico, y, como se dijo, secreta opiáceos naturales para mitigar el dolor inevitable. Pero también se sabe que el cerebro desactiva las áreas del pensamiento y la de las emociones, quedando literalmente «en blanco». En un estudio se evaluó la actividad cerebral de adultos que habían sufrido algún trauma. Se describe el caso de una pareja que sufre un accidente automovilístico con resultado de la muerte del hijo, a quienes se les hizo una resonancia magnética al pedirles que recordaran el evento traumático, y en el caso de la mujer casi no presentaba actividad cerebral en la mayoría de las áreas. En casos extremos, los adultos han reportado que en momentos de congelamiento es como si el tiempo se enlenteciera, e incluso entran en un estado de despersonalización, que es como si a ellos no les estuviera pasando la situación traumática, sino a otra persona. Como se mencionó, hay niñas que relatan, a través del dibujo, que en el momento en que están siendo abusadas es como si se desdoblaran y se vieran desde arriba como si fuera otra persona la que está viviendo el abuso. Por lo tanto, la guía es aprender a prestar atención, de un modo muy fino y específico, cuándo pueden ocurrir estas conductas.

— **Autorregulación extrema**: la última de las categorías de la lista de las CDA es muy importante, ya que remite a conductas que se pueden observar con mayor frecuencia.

Incluso se identifican en situaciones en las que la figura de apego no está necesariamente presente. Dado que son conductas que suelen repetirse en el tiempo, es más fácil reconocerlas. Ejemplos son: tirarse o arrancarse el pelo, rascarse la piel de un modo que genere heridas, masturbarse repetitivamente, provocarse vómitos, apretarse el cuello, golpearse (o hacer como si se golpeara) con un objeto, pellizcarse alguna parte del cuerpo o la cara, y la más conocida es el llamado «rocking» o mecerse de un modo rígido, mecánico y estereotipado.

Otros ejemplos de rocking es el comportamiento de niños que se golpean la espalda o la cabeza contra una superficie dura (como una pared o puerta). ¿Qué sentido tiene para un niño infligirse dolor? En un principio se pensaba que esto estaba relacionado con experiencias traumáticas del tipo abuso sexual y maltrato físico. Desafortunadamente, existía (y todavía existe) la creencia popular de que el niño lo hacía para manipular o llamar la atención, con el consecuente consejo erróneo de dejar al niño solo para que aprenda a calmarse, y/o ignorar esas reacciones para que aprenda que ese tipo de conductas no tienen el resultado esperado de querer manipular a los adultos. No obstante ahora es sabido que este tipo de conductas de autorregulación extrema se relaciona con la experiencia de vivir un cuidado en el que los adultos están físicamente presentes, pero son emocionalmente ausentes, cayendo en la negligencia; por ejemplo, de esto es dejar llorar al niño por un largo rato, estando los adultos físicamente disponibles.

Si el lector se acuerda de las CDC de tipo atemorizada, esto es muy similar en el sentido de que el cuidador es absolutamente indiferente a las conductas y reacciones de estrés del niño. Recuerdo el caso de un bebé de diez meses, a quien después de un rato de estar llorando en su cuna de un modo intenso, la madre se le acercaba, se sentaba a su lado y le decía «¿pero qué quieres que haga, hijo?», y se alejaba dejándolo en llantos. También se ha observado en madres con depresión posparto muy graves, que no pueden levantarse ni hacer nada por el cuidado del niño. Otro caso semejante, es el de un padre que castigaba a su hijo de un año y medio, diciéndole a la familia que el niño debía quedarse encerrado en su pieza por horas, y que nadie debía acercarse ni hablarle y menos tratar de calmarlo. El punto es que este tipo de situaciones no ocurren una sola vez, sino que más bien es la tónica cotidiana del cuidado.

Entonces, vuelvo a la pregunta anterior: ¿qué sentido tiene para un niño autoagredirse? Lo que se sabe es bien interesante para comprender aún más el TC. Cuando los niños sufren este tipo de cuidado, experimentan fuertes emociones de

soledad, abandono, tristeza y nulas expectativas de disponibilidad de los cuidadores. El hecho de que estos estén físicamente presentes hace el trauma más confuso, incomprensible y doloroso. Entonces, ya a temprana edad, los infantes aprenden a distraerse, evitar y anestesiar esas emociones desorganizantes a través del dolor físico (o el placer sexual). De un modo más simple, para ellos es mejor sentir el dolor físico que las emociones de abandono y soledad, ya que estas provocan más temor y desorganización que aquel. Asimismo, el hecho de que estas conductas sean reguladas por el propio niño es una expresión que va desarrollando un modo autónomo para lidiar con el daño emocional.

¿Pero por qué algunos niños aprenden a autorregularse de una forma u otra? Yo desconozco la respuesta. Pero sí existe otra característica que se ha observado: cuando los niños empiezan con este tipo de conductas, con el tiempo (algunos meses), esta se va volviendo casi como una compulsión (por decirlo de algún modo). El niño encuentra una suerte de «solución» a su miedo y soledad, y se aferra a esa solución para no sentir el abandono. ¿Cómo se sabe eso? Porque en los casos en que un adulto hace el esfuerzo de sacarlo de ese estado, el niño reacciona con violencia, pataleando, llorando y pegando. Algunas conductas suelen desaparecer en la edad escolar y otras se mantienen o se modifican con el tiempo. Por ejemplo, el rocking es más difícil detectarlo a partir de los seis años, y cuando se observa puede estar más bien relacionado a casos del espectro autista o a niños con algún daño neurológico.

En la adolescencia se puede observar una amplia gama de conductas de autorregulación extrema, en que los cortes en los brazos y en las piernas suelen ser de las más comunes. Algunas investigaciones han mostrado que, al igual que en los niños pequeños, esos cortes tienen la función de evitar sentir emociones de abandono emocional, rechazo y vacío. Por ejemplo, me tocó conocer el caso de una adolescente de catorce años, que empezó a hacerse cortes en las muñecas desde los doce. Los cortes se fueron intensificando con el tiempo. Lo llamativo es que, en la mayoría de las situaciones de corte, la niña había tenido anteriormente alguna discusión muy intensa y agresiva con su madre, con descalificaciones mutuas y terminando con comentarios muy dolorosos hacia la niña, tales como «tú no debiste haber nacido», «yo nunca te quise tener», «ojalá desaparecieras de mi vista». La adolescente relata que solo se recuerda a sí misma en el baño, llorando, y provocándose cortes.

Desde esa etapa de la vida, la adolescencia, otras conductas sirven para evitar y

distraer el abandono emocional, tales como el abuso de alcohol y drogas desde los trece años, la búsqueda de sensaciones fuertes a través de la agresión (meterse y/o provocar peleas) o el deporte extremo, así como conductas variadas de riesgo (accidentes, robos, sobredosis). Detrás de estas conductas hay una necesidad vital y visceral de buscar sentirse cuidado, protegido y amado, pero que debido a la historia de abandono y soledad, la persona no tiene expectativas de que eso vaya a ocurrir y se encierra en estas conductas extremas. Cuando me refiero a «conductas extremas» es porque a largo plazo esa «solución» termina convirtiéndose en un problema mucho mayor y más nocivo tanto para la persona como para su mundo de relaciones significativas (deterioro y/o muerte temprana, separaciones matrimoniales, ruptura en las relaciones familiares, dificultades económicas, etc.).

Otras conductas tales como sacarse el pelo, rascarse de un modo intenso, masturbarse compulsivamente, pueden seguir hasta la edad adulta. Pero existe otra conducta de autorregulación que en la actualidad es una epidemia mundial sin solución: la violencia. En el caso de la violencia producto del TC, es común observara adolescentes que recurren a conductas agresivas, como por ejemplo buscar peleas en la calle, hacer deportes que involucren agresividad, o simplemente presentar conductas explosivas y descontroladas frente a mínimos estímulos sociales.

En este sentido, me gustaría profundizar un poco más el rol que tiene la rabia para la sobrevivencia del niño. La rabia es una emoción muy común en todos (nadie puede negar no haber sentido rabia alguna vez), pero lo interesante es que tiene dos características especiales: en primer lugar, la rabia tiene una intensidad sensorial y emocional muy alta. Es decir, es una emoción externalizante (se expresa hacia fuera), en la que es difícil no poder reconocerla en uno, y en los otros a (diferencia de la tristeza que es internalizante, se vive para sí mismo, y es más fácil de ocultar).

El segundo rasgo, relacionado con el anterior, es que al ser la rabia externalizada se experimenta como una emoción que es provocada por los otros y el mundo, permitiendo a la persona no sentirse responsable de sus actos agresivos, ya que todo es culpa de los padres, de los hermanos, de la pareja, de los hijos o de la sociedad. Bajo esa mirada, la rabia es como cortarse las muñecas o hacer rocking, ya que, como es una emoción externalizada y responsabilizada hacia fuera, permite a la persona encubrir las verdaderas emociones que provocan dolor, es decir, el miedo y la tristeza. Por ejemplo, el delincuente necesita la rabia para generar miedo en los otros, para protegerse, para

hacerse de un estatus en su grupo, para no hacerse responsable de su condición, pero, por sobre todo, para nunca sentir el miedo y la tristeza de haber sido abandonado y maltratado de alguna forma por sus cuidadores. El problema es que, dados los efectos negativos, atemorizantes e impactantes que provoca la agresión en los otros, es muy difícil llegar a comprender que, en el fondo, en ese delincuente sin empatía, o en ese padre maltratador de su pareja y/o hijos, hay un niño abandonado que no puede volver a sentir el rechazo, el miedo y la soledad.

Otro ejemplo más específico: un adolescente de quince años con una sobredosis de tranquilizantes es hospitalizado. El joven también consume pasta base y alcohol desde los doce años. Su historia está plagada de abandono, indiferencia y negligencia, más la presencia de un ambiente familiar tóxico y agresivo desde sus primeros años. Este abandono empeoró cuando él aumentó su consumo de pasta base, cuando los padres solían dejarlo fuera de la casa, que durmiera en la calle. Él relata que así fue aprendiendo «la ley de la calle». Pero también cuenta que un aspecto que le cambió y le dio un sentido a la vida fue cuando empezó a entrenar box. A pesar de que el consumo aumentaba, él entrenaba de lunes a viernes en un gimnasio, y ya a los quince era un boxeador amateur. Pero este deporte le dio mucho más que un sentido de vida, le entregó una forma para evitar sentir, negar y excluir toda emoción de soledad y rechazo por parte de sus padres y los otros pares (sumándole esto a la droga y el alcohol que también eran medios útiles para anestesiar esas emociones). También le dio un estatus social como un joven «seco para el box» y, por ende, una persona a temer. Ya a los quince años, entonces, tenemos a un adolescente poliadicto boxeador, que cada vez que se siente solo o no querido por sus padres, sale a la calle a buscar peleas. En muchas ocasiones, la rabia descontrolada sumada al consumo de drogas, lo dejaban en un estado disociado/descontrolado, en el que él mismo relata que solo al día siguiente, al despertar, se percataba de tener heridas y moretones en su cara y cuerpo. No es necesario ser clarividente para advertir cómo la trayectoria de vida de este niño irá a aumentar la enorme lista de menores presentes en los centros del Sename o en la cárcel.

Pienso que esta categoría nos enseña aspectos muy interesantes sobre la vida humana: nos da una enseñanza sobre la función vital que tienen las emociones en nuestra vida. Después de siglos vanagloriándonos de nuestra condición de seres racionales, por fin, la ciencia ha ido descubriendo y reconociendo que las emociones son el motor de la razón, y por lo tanto somos seres esencialmente guiados por nuestras emociones, siendo ellas

las que van dirigiendo las bifurcaciones en la trayectoria de nuestras vidas. En segundo lugar, esta categoría nos demuestra que el abandono emocional, el rechazo, la invalidación de la experiencia y la indiferencia son traumas que dejan una huella en el ser de la persona, y esa huella suele pasar inadvertida en muchos casos, pero, en el fondo, el cuerpo y la mente nos pasan la cuenta, demostrando que el dolor se debe sentir y enfrentar, más que negar y distraer.

Finalmente, recordemos que un niño puede tener varias de las conductas de las siete categorías, y eso es algo que se suele observar preferentemente en aquellos casos donde el TC empieza a temprana edad, es más severo y más crónico.

Mentalización

Como se explicó en el capítulo anterior, la mentalización es una capacidad que los seres humanos tenemos y que nos permite vivir en este mundo hipersocial que ha ido evolucionando durante miles de años. No se debe confundir esta capacidad con lo que en jerga común se llama «pasarse rollos», o igualar mentalización a empatía. Pasarse rollos, en términos más técnicos, es buscar explicaciones para comprender, y muchas veces para evitar sentir ciertas emociones negativas que nos afectan. Por otra parte, la empatía es un proceso mental de un orden superior, de acuerdo a la cual la persona piensa conscientemente y hace el esfuerzo de ponerse en el lugar del otro, buscando comprender «qué es ser esa otra persona». Pienso que la mentalización es una capacidad que muchas veces usamos de un modo más automático, semiconsciente, más rápida en su funcionamiento, ya que es una herramienta que necesitamos para la vida social cotidiana. Imaginen si cada vez que uno se encuentra con alguien se empieza a hacer el esfuerzo de interpretar por qué hace lo que hace o dice lo que dice, o en cada segundo me esmero en ponerme en su lugar; entonces, sería muy difícil la vida social espontánea y cotidiana.

Se podría decir que la mentalización es como el lenguaje, en el sentido de que no podemos ni solemos pensar cada palabra antes de expresarla, sino que el habla va fluyendo en las interacciones sociales. Por ejemplo, si uno tuviera la oportunidad de escuchar la conversación de dos personas tomando un café, y pudiera contar todas las veces en que usan palabras referidas a estados mentales, uno se daría cuenta de que todos

somos unos «psicólogos naturales». «Es que ella pensó que yo estaba enojado, porque se imaginó que ya no la tomaba en cuenta»; «yo lo quería mucho, pero la relación estaba desgastada, aunque igual siento que él todavía me quiere, pero en mí el deseo ha ido desapareciendo»; «siempre he soñado con viajar lejos, pero pienso que a mis padres no les gustaría, ya que se imaginarían que algo malo me puede pasar y que voy a echar mucho de menos la casa. Pero yo en el fondo creo que ellos sienten que yo no soy tan fuerte para tomar una decisión así». Entonces, como se puede apreciar en estos ejemplos, la mentalización es una herramienta para la vida social y personal, en la que continuamente estamos infiriendo estados mentales y emocionales en los otros y en uno mismo, para comprender, anticipar y controlar nuestras experiencias con nosotros mismos y las experiencias con los otros.

Es por lo anterior que actualmente se plantea la idea del «cerebro social» y el «cuerpo social», donde una parte importante de sus áreas y funciones están destinadas a aprender a vivir en el entorno social y personal. Aunque muchos investigadores postulan que los bebés ya nacen con esta capacidad, ya que se ha comprobado que poseen sofisticados mecanismos cerebrales para identificar las emociones de los otros, se sabe que a los dos años los niños empiezan a referirse a estados emocionales («¿Te sientes bien?», «no quiero»). Ya entre los cuatro y los seis años, los niños son bastante expertos en mentalizar, siendo capaces de ver el punto de vista de los otros (sin quedarse centrados en que «lo que yo pienso es lo que todos piensan»), y utilizando diversos estados mentales para guiarse por el mundo social: «Yo creo que él no me quiere»; imaginación: «Ayer, imaginé que tenía superpoderes»; deseos: «No quiero ir al cumpleaños de mi primo».

En mi libro anterior se explica de un modo más específico cómo mentalizar experiencias cotidianas con los niños. En este libro complejizaremos un poco más el proceso, entregando una guía práctica de cómo mentalizar el TC. Antes de empezar con esto, es importante aclarar una idea esencial: se ha demostrado que, a nivel cerebral y psicológico, las experiencias de estrés y las emociones negativas suelen desactivar las áreas cerebrales involucradas en la mentalización. Es decir, nos es más difícil mentalizar adecuadamente, por ejemplo, cuando estamos enojados o tristes. Asimismo, como solemos sentir las emociones más intensas con las personas más significativas de nuestras vidas, paradójicamente con ellas nos cuesta más mentalizarlas. Esta es una de las razones por las cuales las conversaciones acaloradas, donde se involucran emociones

negativas (sean de parejas, con los amigos, sobre política o religión), nunca conducen a nada, porque las personas no están siendo capaces de ver el punto de vista del otro y mentalizarlo, debido a que estas emociones negativas están desactivando las áreas de la mentalización.

Ahora, volviendo a lo concreto, en el espectro de situaciones cotidianas de estrés con el niño (como puede ser un enojo, una pataleta, un momento de tristeza), lo importante a preguntarse es:

—¿Qué puede estar sintiendo?
—¿Qué puede estar queriendo hacer, o qué necesita?
—¿Qué me está tratando de expresar?
—¿Por qué está reaccionando de este modo?

Lo que he podido constatar en nuestros estudios con padres, educadores, cuidadores es que cuando el adulto va internalizando ese tipo de preguntas sobre la experiencia del niño, aparece un cambio en su propio estar emocional en la relación con el niño, y ya no tiene sentido ni utilidad descalificarlo, o culparlo, o castigarlo, o ponerle etiquetas negativas, o diagnósticos psiquiátricos o psicológicos. Y ese es otro aspecto esencial de esta capacidad: aceptar y comprender al niño, no desde las expectativas y el mundo del adulto, sino desde el propio mundo emocional y social del niño. Es decir, preguntarse: ¿cómo es ser como mi hijo de cuatro años?, ¿cómo vivirá las relaciones mi hija que está entrando en la adolescencia? Como se mostró en el libro *A.M.A.R.*, esto no implica que el niño deba hacer lo que su padre, educador o cuidador quiere, o que el adulto deba aceptar todo, sino más bien es un cambio de forma y actitud, porque si mentalizo lo que ocurre no tengo necesidad de caer en estados negativos hacia el niño, descontrolándome, retando, castigando, ya que eso en sí es una situación irónica: pedirle algo al niño que yo no estoy siendo capaz de hacer. Es decir, como dicen, «corregir pero sin desconectar». Enseñar sin estrés. Es una difícil tarea, ya que los adultos estamos viviendo niveles cada vez más altos de estrés, pero también porque nos hemos acostumbrado durante siglos a ver a los niños desde una perspectiva adulta, desde nuestras propias preferencias, de lo que nos conviene a los adultos, de la búsqueda de nuestras propias ambiciones, y así hemos perdido la conciencia empática hacia el mundo de los niños.

Pero vamos al tema que nos convoca, ya que el viaje viene con nuevos datos e

informaciones y guías para comprender el dolor oculto en la infancia. Entre los programas de intervención que hemos desarrollado, uno está dedicado al TC. El programa en cuestión se llama Programa de Apego y Trauma Complejo[31], y se ha implementado en diversas instituciones donde habitan niños que han sido vulnerados, tanto en Chile como en México. El punto es que, dentro de este programa, para entrenar la capacidad de mentalizar la experiencia traumática, elaboré lo que se llama «Pauta de mentalización traumática» (PMT), que en el fondo es una forma ordenada, sistemática y simple para ir internalizando, lo que en sí es un proceso o una constelación de experiencias dolorosas, combinado con estrategias de maximización del apego y de minimización (o evitación) de emociones negativas, estados de gatillamiento, procesos emocionales, etc. Y muchas veces toda esta constelación confunde al observador, que al ver tantas experiencias y conductas, se suele perder en el camino, y no sabe dónde ni cómo partir para comprender al niño.

La PMT, entonces, contiene una serie de procesos que uno va identificando para ir armándose una idea de cómo se organiza la experiencia de un niño en particular que ha sufrido traumatizaciones crónicas.

La pauta es la siguiente:

CONDUCTA ESTRESANTE	GATILLADOR	PROCESO EMOCIONAL	ESTRATEGIA AFRONTAMIENTO	FUNCIÓN DE LA CONDUCTA
Patalear, pegar, llorar, gritar, pegarse, esconderse, quedarse inmóvil, tirarse el pelo, mecerse de forma estereotipada, entre otras.	Interno: sensación, recuerdo, pesadilla, olor, imagen Externo: un castigo, un reto, una pelea, una orden autoritaria, una conducta de indiferencia, la separación de un cuidador, quitar objetos, entre otras.	Rabia, pena, frustración, miedo, vergüenza, soledad, desesperación, entre otras.	A. Externalizante /Internalizante /Mixto. B. Estrategias específicas: 1. Pelear 2. Evitar 3. Complacer/ aferrarse 4. Anestesiar 5. Otros	Conseguir algo, evitar algo, no separarse, postergar algo, entre otras.

Un buen ejercicio para el uso de esta pauta es observar o recordar un evento de estrés traumático en el niño y buscar completar cada columna de la pauta. Lo que he observado es que lo que en un principio puede parecer un poco engorroso, con el tiempo el adulto

ya casi no necesita apoyarse en la pauta, sino que va internalizando y comprendiendo sus elementos, pasando a ser más bien un proceso más cotidiano de mentalizar la experiencia del TC.

Explicaré entonces los elementos de la pauta. Como el lector apreciará, muchos elementos son nuevos, pero son imprescindibles para ir especificando una comprensión más profunda de este tipo de experiencias.

— **Conducta Estresante**: aquí se debe dar una descripción conductual de la reacción de estrés del niño. Esa observación y descripción debe ser lo más «limpia» posible, es decir, solo debe describir lo que se observa, sin caer en interpretaciones, ni en ideas preconcebidas, ni en etiquetamientos. Por ejemplo, «el niño le pega con el puño a otro niño, con una expresión facial que denota enojo, su cuerpo se agita y se escapa llorando», o «la niña empieza a golpearse contra la pared». La verdad es que parece fácil, pero no siempre lo es, ya que como la mentalización o las interpretaciones son algo tan natural en nosotros, la tónica es confundir los elementos. En mi experiencia, es algo que suele pasar cuando uno empieza a usar esta pauta. Por ejemplo, un niño puede mostrar una conducta estresante, tal como llorar y hacer pataletas, y las personas suelen decir: «está enojado», «el niño está tratando de llamar la atención», o «parece que le afectó el rechazo del padre». Ahí es donde, en esta etapa, uno tiene que desconectar su mentalización y solo describir lo que observa.

— **Gatillador:** para explicar este elemento necesito detenerme un poco y explicarles un rasgo central en la experiencia traumática. Imaginen estar de noche caminando por una calle poco iluminada. Es tarde y súbitamente ven a una persona cuya apariencia ustedes evalúan como «peligrosa». Viene caminando por la vereda contraria. Antes de empezar a sentir miedo, la amígdala ya empezó a activarse, señalándole al organismo un posible peligro, y empieza a desatarse toda una cascada de procesos psicofisiológicos para enfrentar ese peligro, es decir, se activa el sistema simpático (aumentando la frecuencia cardiaca, la sudoración de las manos, la agitación corporal), se empieza a secretar cortisol para «preparar» los sistemas de defensa o ataque, y se inhiben funciones no relevantes para la situación (la reproducción, la digestión, el sistema inmunológico). Todo eso activa una estrategia muy propia de los mamíferos en peligro, que es pelear o escapar. El cuerpo y el cerebro se están preparando para el daño inminente. Pero resulta

que la persona pasa por el lado de uno y sigue caminando, sin que nada ocurra. En ese momento, el cuerpo inicia la tarea de volver a la normalidad (homeostasis), activando el sistema parasimpático, disminuyendo la secreción de cortisol, desactivando la amígdala y activando la corteza que permite reflexionar «yo pensé que me iba a asaltar», y activándose la planificación: «tengo que tener más cuidado en andar en estas calles muy oscuras».

¿Pero qué ocurre cuando el peligro se vuelve real?, ¿qué ocurre cuando el peligro se vuelve crónico, empieza en los periodos tempranos de la vida, y proviene de aquellas personas significativas que tienen que constituirse como los cuidadores y protectores del niño? Lo que se sabe es que el cerebro comienza a funcionar de un modo completamente diferente al cerebro de personas sin trauma, alterando todas las funciones mentales (tales como la percepción, el pensamiento, el lenguaje, las emociones, la mentalización, la planificación, el control emocional, el razonamiento, la empatía, etc.).

Dentro de todo eso, el cerebro entra en un estado que se llama de «gatillamiento». Lo explicaré con el ejemplo de un niño de seis años que vive con sus padres y un hermano de doce. El padre suele estar siempre trabajando. Los fines de semana consume alcohol para relajarse, pero cae en estados de abuso excesivo, con la consecuencia de que se vuelve violento física y psicológicamente hacia su esposa e hijos. El maltrato hacia los niños empezó cuando estos tenían tres años. Ya en el presente, el cerebro y el cuerpo de ambos hermanos se encuentran en un estado de hiperalerta, anticipando y esperando el peligro, especialmente los fines de semana. Cuando el hijo mayor tiene seis años, la madre decide denunciarlo y el padre abandona la casa. Pero, a pesar de que el peligro ha desaparecido, en los niños permanece en un estado de miedo, percibiendo peligro en todas partes y experimentando ansiedad e insomnio durante las noches. En una ocasión, el hermano mayor se encuentra en el colegio, sintiendo cierta ansiedad y sin poder concentrarse en las tareas escolares. Se para de su asiento y empieza a caminar por la sala. La profesora le dice que se siente, pero el niño no hace caso, hasta que la situación llega a un límite donde ella le grita con expresión muy enojada, lo toma con brusquedad de la muñeca y lo obliga a sentarse. En ese momento, el niño cae en un estado de descontrol, empieza a pegarle a las sillas, patalea, grita y sale corriendo de la sala, encerrándose en el baño, pegando a las paredes con sus manos y pies, y gritando. Es como si en un momento repentino el niño se hubiera «vuelto loco». Varios educadores y el orientador tratan de calmarlo, pidiéndole que salga del baño, a lo cual el niño accede,

pero sale corriendo en busca de escaparse del colegio. ¿Qué le ocurrió a este niño?, ¿porqué entró en ese estado de «locura»? Se dice que él entró en un «estado de gatillamiento». Es decir, como producto de todas las experiencias traumáticas experimentadas con el padre, su cerebro y su cuerpo quedan ya «programados» para esperar esos estados de peligro, aunque ya no sigan ocurriendo esas situaciones violentas. Lo interesante es que el cerebro sigue funcionando *en el pasado*, y frente a cualquier estímulo que se asemeje al trauma experimentado, el cerebro vuelve a funcionar y activarse como si el pasado volviera al presente, reaccionando como si la situación fuera tal como ocurría antes. Este es uno de los aspectos más dolorosos del TC, ya que el pasado se convierte en un fantasma que acecha constantemente el presente, llegando sin avisar, sin ninguna posibilidad de predecirlo, y el niño vuelve una y otra vez a sentir el miedo, el terror, la soledad y la desorganización.

El estado de gatillamiento trae el pasado al presente, provocando que se reexperimenten las experiencias traumáticas y reforzando el sentido crónico de peligro desorganizado. Al estado descontrolado del niño se le llama «estar gatillado», y el o los estímulos que activaron ese estado se conocen como «gatilladores». ¿Pero por qué ocurre esto? Para responder a esta pregunta necesitamos volver nuevamente a la idea del cerebro como un «órgano en búsqueda de predictibilidad», que no solo tiene la función de anticipar y esperar el peligro, sino que la predictibilidad ayuda al organismo a estar en un estado de más equilibrio y organización.

Puesto en simple, si el cerebro ha experimentado múltiples experiencias de peligro, se programa para seguir esperando esos peligros (ya que es lo que ha ocurrido en el pasado), y entra en un estado de alerta, activándose frente a cualquier estímulo que le anticipe el trauma. He visto casos de niños traumatizados de forma crónica durante los primeros años, e incluso después de años de estar adoptados siguen estando en este estado de gatillamiento, activados por estímulos presentes que se asemejan a algún aspecto de las experiencias traumáticas pasadas.

Los estímulos o «gatilladores» pueden ser de muchas formas, algunas muy sutiles, y, a su vez, suelen ser de origen interno o externo. Como lo explica la pauta, gatilladores internos pueden ser un sueño, una sensación, un recuerdo, una imagen, un dolor físico. Estímulos externos pueden ser un olor, la expresión facial de otra persona, un contacto piel a piel, un color, una casa. En el caso expuesto del niño que se gatilla en el colegio, lo más probable es que el tono de voz, la expresión facial y la actitud brusca de la

educadora se asemejaran a la actitud violenta del padre, y el cerebro asume que volvió a ocurrir la misma experiencia, experimentando nuevamente la experiencia traumática.

Me viene a la memoria el caso de una madre y su hija de tres años, quienes vivencian que, estando solas una noche en su hogar, irrumpen tres asaltantes, rompen un vidrio y entran de un modo muy violento y atemorizante a su casa. A ambas las amarran, dejando a la madre atada en su pieza y a la niña encerrada en un clóset, mientras los delincuentes aprovechan de llevarse todos los objetos de valor. El padre llega un par de horas más tarde, encontrándose con la madre amarrada, llorando y desesperada, y a su hija en el clóset con una mirada pérdida y temblando de susto. Con el transcurrir de los días, los ánimos empiezan a calmarse un poco. Pero ya a los dos semanas del evento, un día los padres llevan a la niña a comprarse ropa a un centro comercial, entran a una tienda y llevan a la niña a un probador de ropa;entonces, y ella empieza a respirar de un modo acelerado, se agita, se pone a llorar de modo intenso, grita, se aferra a la madre y pide que la saquen de ese lugar. Los padres no pueden entender ese ataque de nervios y se van del centro comercial, con una niña temblando y muy asustada. Posteriormente a eso, la niña empieza a tener pesadillas, no quiere estar separada de sus padres en ningún momento, evita permanecer en su habitación y tiene varios de estos episodios de descontrol, especialmente cuando está en espacios cerrados o cuando está sola. En una ocasión, el padre invita a comer a un amigo del trabajo y cuando le presentan a la niña ella lo ve, estalla en llantos y corre a encerrarse a la habitación de los padres. Todos se quedan atónitos sin saber el porqué de esa reacción tan extrema. Los padres van a verla a la habitación y ella no para de llorar, pide que se vaya el invitado y se resiste a salir. Estos son dos ejemplos claros de estados de gatillamiento, en que la tienda y el lugar para cambiarse la ropa, su habitación, el clóset, y estar sola le gatillan la experiencia traumática del encierro, con las concomitantes sensaciones y emociones de miedo y soledad. En el caso del amigo del trabajo, es probable que el cerebro de la niña encontró una cierta similitud facial o en el tono de voz con la de alguno de los asaltantes, gatillándose la memoria del asalto, y eso la atemorizó. Con el pasar de los meses, el estado de gatillamiento empieza a desaparecer y la niña vuelve a su estado normal. El problema es que en el caso del TC crónico y producto de las figuras de apego, estos estados suelen durar años, hasta la edad adulta. Por ejemplo, como mencionamos, es frecuente encontrarse con casos de niñas abusadas sexualmente por un progenitor, desde los primeros años y durante un largo periodo, pero esas experiencias quedan fuera de la

conciencia del niño. Ya en la adolescencia o adultez, durante las primeras experiencias sexuales, se gatillan reaccionando de forma congelada y rígida, o descontrolándose y actuando de forma agresiva con el otro.

Como se puede apreciar, identificar los gatilladores es una tarea difícil, ya que lo que uno observa es la consecuencia, que es el estado de gatillamiento descontrolado y extremo, pero no el gatillador. ¿Cómo se pueden detectar entonces? Una solución es hacer lo que al doctor Felliti se le ocurrió en su estudio ACE, es decir, preguntar por la historia de posibles tipos de trauma experimentados, su intensidad y su cronicidad. Esto nos permite inferir los posibles gatilladores y evitar la exposición a los mismos. Lo relevante es que esto de los gatilladores y estados de gatillamiento nos permite ir ahondando aún más en la comprensión de la experiencia corporal, emocional y mental del TC, evitando caer en etiquetamientos negativos apresurados y superficiales («el niño imposible», «el agresivo», «el descontrolado», «el oposicionista», «hiperactivo», etc.).

Es importante aclarar que los estados de gatillamiento suelen ser muy variados, desde el descontrol hasta la paralización. Para simplificar el tema, se puede decir que estos estados se encuentran en un continuo desde las conductas externalizantes hasta las internalizantes. Las reacciones externalizantes son claramente visibles ya que el niño expresa hacia fuera su estado descontrolado, por ejemplo, reaccionando con agitación, agresión, hiperactividad y descontrol. Los estados internalizantes son lo opuesto: el niño vive y guarda su experiencia internamente, siendo muchas veces difícil de identificar lo que está experimentando. Este es el caso de los niños que se congelan o se paralizan, o se quedan quietos y tímidos, o están muy ansiosos o deprimidos, y su conducta es pasiva, tranquila y desconectada.

Lo paradójico es que las conductas externalizantes son las que más llaman la atención, son más fáciles de detectar y, dada su expresión descontrolada hacia fuera, son también las más propensas a ser etiquetadas negativamente por los adultos. Pero se ha demostrado que, dentro del espectro traumático, estas conductas pueden ser más adaptativas que las internalizantes, dado que le permiten al niño desconectarse de sus emociones de miedo y soledad, pero a su vez generan más atención de parte de los otros (lo que llamamos la regla de minimizar el dolor y maximizar el apego). Por el contrario, muchos niños de tipo internalizante, debido a lo temprano y/o severo, y/o crónico de su trauma, no pueden externalizar sus emociones y las encierran en ellos mismos, muchas veces provocando menos probabilidad de minimizar el dolor y maximizar el apego.

Por lo tanto, la guía en este aspecto de la pauta es no precipitarse a etiquetar a la ligera estas reacciones de gatillamiento, sin antes desarrollar una visión completa e integrada de la historia y experiencia traumática del niño, para así poder mentalizar y comprender sus estados emocionales y mentales de dolor.

— **Proceso emocional**: esta parte de la planilla puede ser más fácil de completar, ya que implica activar un proceso de mentalización de las emociones del niño. Es decir, preguntarse sobre qué puede estar sintiendo el niño en los momentos de estrés. ¿Será rabia/frustración?, ¿será miedo, tristeza, vergüenza? No es el objetivo que el adulto acierte de forma perfecta, lo que importa es el esfuerzo de pensar e inferir las posibles emociones que puede estar sintiendo un niño traumatizado. De todos modos, se entiende que mucho del proceso de mentalizar las emociones estará influido por el propio estado emocional presente y la historia del adulto.

Aquí también es fácil confundir las partes de la pauta, porque podemos confundir el proceso emocional con la conducta estresante, o con otros elementos que iremos viendo. Por ejemplo, preguntar por este proceso emocional y recibir como respuesta «es que el niño es muy inseguro», «se nota que tiene baja autoestima», «claramente está evitando las relaciones con los otros», o simplemente que «el niño quiere llamar la atención de sus padres». Por ende, hay que buscar liberarse de esas interpretaciones e intentar solo inferir el estado emocional del niño, de un modo simple y directo.

— **Estrategias de afrontamiento**: en esta parte de la planilla hay dos procesos a mentalizar. El primero es más simple y el segundo nos va a permitir adentrarnos en una aspecto esencial para comprender cómo el niño va desarrollando y enfrentando su dolor traumático. La primera parte es la entrada inicial hacia la mentalización de las estrategias, y se trata solo de identificar si el niño se encuentra en algún punto de un continuo de conductas que van desde lo externalizante hasta lo internalizante. Esta forma de empezar a comprender las conductas emocionales y sociales del niño ha sido ampliamente estudiada en miles de estudios sobre las dificultades en la infancia, adolescencia y adultez, y fue creada por una pareja de investigadores llamados Tomas Achenbach y Leslie Rescorla. Lo que ellos llaman el **modelo multidimensional** es una forma de entender los problemas de salud mental, no como categorías, sino como un

continuo donde todos estamos, y ese continuo puede ir variando desde lo externalizante hasta lo internalizante (y viceversa).

Como se ha mencionado en otras partes del libro, el polo de la externalización se refiere a cuando el niño expresa hacia lo externo sus reacciones emocionales. Esto implica que este polo es más fácil de observar por otra persona, ya que el niño expresa hacia fuera lo que está sintiendo. Ejemplos de esto son la gama de conductas agresivas e impulsivas. El polo internalizante es más difícil de detectar ya que el niño se «guarda» sus emociones, no las puede expresar hacia lo externo y, por ende, vive internamente su dolor. Ejemplo de esto, por su parte son las reacciones ansiosas, angustiantes, la tristeza o depresión, problemas psicosomáticos y timidez. Ahora, como se mencionó, la postura de este modelo es que las personas no son diagnósticos psicológicos o psiquiátricos, sino que cada individuo se puede encontrar en algún punto de este continuo en algún momento de su vida, lo que permite comprender de un modo más flexible y dinámico la inmensa cantidad de problemas de salud mental de las personas.

Entonces, todos estamos en algún punto de este continuo externalización-internalización. Sin embargo, algunos niños y adultos, debido a su historia de cuidado alterado, pueden encontrarse en los extremos de este continuo, ya presentando conductas que pueden llamarse «clínicas», es decir, conductas que pueden estar dificultando el diario vivir de la persona y que requerirían de alguna ayuda profesional. Asimismo, la idea del «rango normal» no implica algún prejuicio, o noción predeterminada de lo que es normal, simplemente es un dato estadístico, donde lo normal es en el fondo el promedio o la tendencia.

En mi libro anterior expliqué dos estudios donde utilizamos este modelo para medir el porcentaje de niños entre uno y cinco años de vida, en todas las dificultades externalizantes e internalizantes. Lo remarcable de ambas investigaciones es que el primero se realizó en conjunto con 23 países alrededor del mundo, dentro del contexto familiar[32]. El segundo estudio fue con 15 países en el contexto de la educación parvularia[33]. En el primero, Chile obtuvo el primer lugar de mayor porcentaje de niños en su rango clínico en casi todos los trastornos. Sumando todas estas dificultades, el resultado fue que un 44%, ya a esa edad, se encontraba en un rango clínico. En la segunda investigación obtuvimos el quinto lugar, con un porcentaje de 27-30% de niños que en ese rango de edad ya presentan dificultades de salud mental. Estas evidencias son alarmantes y nos hacen preguntarnos qué es lo que realmente estamos haciendo como

sociedad para el bienestar de los niños: ¿están funcionando las políticas públicas y los tratamientos para mejorar su calidad de vida? Pero no nos desviemos del tema de la pauta. Lo primero que debe observar el lector es si el niño tiene una tendencia hacia la externalización o hacia la internalización. Esta es la puerta de entrada para ir ordenando la mentalización más compleja de las estrategias de afrontamiento.

Pasemos a las estrategias: en otro capítulo se mencionó el sorprendente hecho de que cuando un bebé nace solo tiene el 23% de su cerebro desarrollado, y que a los tres años este porcentaje aumenta a un 60-65%. Es decir, durante los primeros tres años de vida el cerebro se va moldeando y desarrollando de acuerdo a las experiencias de cuidado que recibe el niño. Algunas conexiones cerebrales se van reforzando y otras se van desconectando (por su falta de uso o su baja utilidad), siempre de acuerdo a esas vivencias específicas que se experimentan. Pero existe otra evidencia interesante en esta etapa temprana, y es que tanto el cerebro emocional (sistema límbico) como el cerebro racional (neocorteza) van creciendo a la par en algunos periodos, y de modo desigual en otros. En términos concretos, esto se traduce en que los niños en esa edad son muy emocionales, y paulatinamente van desarrollando su capacidad de autorregulación (utilizando su neocorteza). Por eso se suele hablar de los «terribles dos», cuando el infante es más impulsivo, agresivo, con mayores dificultades para manejar sus emociones y su conducta, y dilatar su gratificación. Esto tiene consecuencias muy útiles para comprender el cuidado y comprensión de los niños de esa edad, cuando se debe tener precaución de pedirles o exigirles conductas y deberes para las que su cerebro no tiene todavía el desarrollo. Como, Por ejemplo, cuando se le ordena al niño que se tranquilice o que comprenda las consecuencias de sus actos, o que «ya es edad de que vayas madurando», «quédate tranquilo», etc. ¿Por qué les menciono esto? Para introducirles un proceso que es fundamental para seguir comprendiendo el TC.

Ya hemos visto toda la gama de emociones y experiencias dolorosas, confusas y atemorizantes que desbordan al niño, provocándole un sufrimiento que lo desorganiza. El punto es que este nivel de sufrimiento no puede continuar durante toda la vida, ya que la amenazaría seriamente. Por lo anterior, el ser humano ha ido elaborando una serie de estrategias que siguen la regla de sobrevivencia de minimizar el dolor y maximizar el apego.

Desde la edad preescolar, el aumento del neocortex y sus conexiones con el resto del cerebro le van permitiendo al infante desarrollar una gama de estrategias para que las

emociones y sensaciones traumáticas no desorganicen más al niño y, asimismo, buscar alguna forma de cuidado de los adultos, para sobrevivir. Como se verá, estas estrategias se activan casi automáticamente, y no es que el niño tenga que pensarlas o descubrirlas, pero con el tiempo (edad escolar) se van convirtiendo en una especie de estilo de personalidad. Esto no es algo nuevo en el mundo animal, ya que, dado que el peligro es parte de la vida, cada ser vivo evoluciona sus estrategias de sobrevivencia, de acuerdo a la disponibilidad de recursos físicos y sociales que puede tener. ¿Cómo es que el niño va desarrollando las suyas? Hay dos aspectos que se pueden mencionar: primero, que estas estrategias han ido evolucionando durante miles y millones de años, y se han ido complejizando de acuerdo al ambiente de adaptación de cada especie. Por eso, cada ser vivo tiene en su código genético la información de estas herramientas de enfrentamiento del peligro, donde lo que varía es la complejidad de las mismas. Los estudios en etología (la ciencia biológica del comportamiento animal) han sido muy específicos en observar este tipo de estrategias, especialmente en los mamíferos sociales. Lo segundo se relaciona con la etapa del ciclo vital del niño en la que se vivencian las experiencias traumáticas. Por ejemplo, un bebé no tiene el desarrollo físico y cerebral para enfrentar los peligros a través de ciertas estrategias, a diferencia de un niño de seis años. Un niño de cinco años que sufre un trauma muy severo (la muerte de ambos padres) no tiene las capacidades para enfrentar este duelo, como lo podría hacer un adolescente de quince años. Entonces, antes de explicar estas forma de enfrentamiento es importante tener en mente que el tipo de estrategia va a depender del nivel de madurez del niño, de la severidad del trauma y de su cronicidad.

Las estrategias son las siguientes, remarcando que algunas se han investigado más que otras:

— **Pelear/escapar:** esta es la estrategia más estudiada en el reino animal y es muy común en los seres vivos. Tal como lo dice su nombre, frente a experiencias traumáticas hay niños que pelean (agresión) y otros que escapan (evitación). Aquellos que pelean suelen mostrar descontrol, irritabilidad e hiperreactividad. Es mucho lo que se puede decir de la estrategia de pelear, pero, como ya se ha mencionado, lo relevante es saber que la rabia es una emoción que juega un rol fundamental en la sobrevivencia. Por un lado, permite señalizar y externalizar a los otros lo que se está sintiendo (sea como señal de que ellos deben tener precaución y miedo, o como señal de buscar algún contacto y

atención de su parte). Por otro lado, dado que es una emoción externalizante, la persona la experimenta y explica que es responsabilidad de los otros, y son ellos los que deben cambiar su conducta, no el que siente la rabia. El lector puede recordar algún episodio de rabia acontecido en las últimas semanas y puede fácilmente aducir que es «porque él no me entiende», «porque él empezó a molestarme», «es que ella no para de controlarme», «mi padre siempre me critica y eso me enoja», «porque vivimos en una sociedad desigual que no respeta a la gente de bajos recursos». En términos coloquiales, la rabia me permite quedar «libre de polvo y paja» en la responsabilidad de nuestro actuar.

Lo segundo es que como la rabia se vive de un modo muy intenso a nivel sensorial, emocional y corporal (como si a uno lo inundara la rabia), le permite al niño (y al adulto) no sentir emociones más traumáticas, peligrosas para la sobrevivencia y relacionadas con el cuidado recibido en la infancia, tales como el miedo, la soledad, el vacío, el abandono, el deseo de ser querido, aceptado y cuidado. Entonces, se plantea que con el desarrollo y la madurez, estas estrategias van formando la personalidad del niño, siempre buscando minimizar el dolor y activando el cuidado, y la agresión se va convirtiendo en un estilo de ser y de relacionarse con los otros.

Lo último a saber es que para que el niño adopte la estrategia de pelear, debe tener el desarrollo físico y cerebral necesario para desplegarla. Evidentemente, un niño traumatizado a los dos años no tiene los medios para pelear, por lo que será otra la estrategia a activar. Lo anterior no implica que el niño que pelea no haya experimentado trauma en su infancia temprana (puede ser que no), solo que en algún momento tiene los medios para pelear. Desafortunadamente, este tipo de niños son los que suelen recibir ya en la edad escolar una serie de diagnósticos, tales como trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, hiperactividad, trastorno disocial, entre otros.

El segundo subtipo dentro de esta categoría es «escapar». Tal como lo expresa la palabra, aquí el niño suele alejarse de la fuente del peligro, de modo de protegerse del daño emocional. Se ha observado que, en un principio, el infante se aleja físicamente, pero con el tiempo este alejamiento es emocional y psicológico. Dado que el ser humano es un ser hipersociable que depende de los otros para su sobrevivencia, esta estrategia puede ser útil en el presente, pero puede tener efectos negativos en el futuro, al existir siempre el riesgo de que la evitación genere más abandono, soledad y, en especial miedo. Pero, de todos modos, es la estrategia biológica necesaria que se activa cuando el

animal evalúa que no tiene ninguna probabilidad de pelear con el perpetrador (porque es más fuerte, más grande, está en grupo, etc,).

Aunque al lector le parezca extraño, también sigue siendo una estrategia que sigue la ley de minimizar el dolor y maximizar el cuidado. ¿Pero cómo puede ser que alejándome aumente la probabilidad de apego y cuidado? ¿No es eso contradictorio? Primero, es evidente que alejándome de la fuente de peligro disminuya la probabilidad de daño y dolor. Por otro lado, aquellos niños que evitan suelen ser tranquilos, no molestan, no expresan sus emociones negativas, y suelen ser bastante independientes (¿se acuerdan del estilo evitativo de apego?), y eso puede, a su vez, desactivar el peligro, pero también activar el cuidado, ya que el niño no le está generando ningún estrés al cuidador. Sin embargo, es importante notar que en algunas ocasiones el escapar y evitar puede activar más el peligro, ya que el adulto se siente rechazado, y eso a su vez puede aumentar más la posibilidad de daño. En estos casos, el niño deberá elaborar otra estrategia (la cual se verá más adelante). De modo general, el escape suele desarrollarse cuando el niño no tiene los medios para pelear, y/o el perpetrador es más fuerte y grande, no habiendo otra solución más que huir.

De todos modos, el escapar requiere de un cierto nivel de desarrollo físico, lo que sigue siendo una estrategia que aumenta las posibilidades de sobrevivencia («soldado que escapa sirve para otra batalla»). A través del desarrollo, esta estrategia va moldeando un estilo de personalidad: el niño es más bien retraído, tímido, asustado y desconectado de las relaciones sociales. Puede ser un adolescente que no tiene muchos o algún amigo, está solo en el colegio y se pasa todo el tiempo jugando con videojuegos o escuchando música. Se han reportado casos en los que han diagnosticado al niño con síndrome de Asperger, e incluso de trastorno oposicionista desafiante, ya que como el niño vive en su mundo aislado, no suele interesarse o prestar atención a los padres y profesores, denotando una actitud «rebelde».

— **Disociación:** ya se ha mencionado bastante sobre la disociación en este libro, al ser un proceso central en la comprensión del TC. Pero pensemos en términos de sobrevivencia: si un bebé se encuentra en una situación de peligro y daño inminente, ¿puede pelear?, ¿puede escapar? La respuesta es obvia. ¿Entonces, qué puede hacer? La única estrategia posible es apagar el cuerpo y el cerebro, congelarse, quedarse inmóvil y anestesiarse para que el daño no sea tan doloroso o para que el agresor no vea que el

bebé se encuentra ahí. El problema es que cuando esta estrategia se vuelve común, el infante va desarrollando la disociación como solución al peligro, con las devastadoras consecuencias a corto y largo plazo que ya hemos mencionado.

Entonces, como se ha demostrado en estudios, cuando el infante no tiene el desarrollo físico y cerebral para enfrentar o escapar del peligro, o en casos en que a pesar de que el niño tenga mayor desarrollo, pero la experiencia traumática ha sido tan severa, constante y dolorosa, la disociación parece ser la única solución. Desgraciadamente, como ya se ha mencionado, esta solución termina siendo un problema mayor durante el desarrollo, ya que la disociación temprana predice en un 80-90% desorganización en la adolescencia, a través del abuso de drogas y alcohol, las conductas agresivas descontroladas, cortes en la piel, intentos de suicidio, promiscuidad y otros. Por lo tanto, esta estrategia es una en la que el niño desconecta sus emociones de sus pensamientos y acción, lo que le genera estados de extremo anestesiamiento en situaciones dolorosas (haciendo a la persona parecer un zombie), o estados de descontrol emocional muy agresivos e impulsivos.

— **Complacencia:** esta estrategia ha sido menos estudiada, pero suele utilizarse con el objetivo de disminuir los tratos agresivos físicos y psicológicos, así como las conductas autoritarias, rígidas y controladoras de los adultos. El tema es simple: cuando el cuidador presenta estas características, algunos niños van aprendiendo que al actuar de acuerdo a las expectativas de sus cuidadores, los malos tratos disminuyen. Si el niño no solo no da razones para ser castigado, sino más encima busca agradar al adulto, entonces encontró una forma de desarmar la rabia y las agresiones del adulto. Si el niño puede anular o inhibir lo que siente o lo que quiere hacer, y se adapta a lo que el adulto le exige, los malos tratos disminuirán. Nuevamente aparece la ley de la minimización del dolor y maximización del apego. ¿Cómo? Al ser complaciente, el niño tiene que olvidarse de lo que siente y desea (y así minimiza el dolor) y actuar de acorde a los estándares del cuidador (maximizando mayor cuidado y menor maltrato). Incluso, durante el primer año ya se observan estas estrategias complacientes. Recuerdo algunos casos de un estudio en el que evaluamos la calidad y estilo de apego a través de la observación directa (en video) en bebés de cuatro a doce meses. Aunque yo no me percaté en ese entonces, el estudio podía dar información sobre cómo se va desarrollando y especificando el apego durante el primer año. A los cuatro meses, el apego estaba recién en formación y no habían estrategias posibles de ser aplicadas. Pero a los doce meses ya

el niño había encontrado una forma de minimizar el dolor y maximizar el apego y el cuidado (recuerden los estilos de apego organizados).

Dentro de esos múltiples tipos de vinculamiento había un subtipo en el cual a los cuatro meses la madre era muy intrusiva. Aquello se reflejaba en que ella invadía y no respetaba constantemente el espacio del bebé y, más aún, parecía mostrar un afán de que el bebé debía de prestarle toda la atención a ella, y hacer lo que ella le pedía. Entonces, lo besa constantemente, lo sigue con la mirada, se acerca mucho a él, le muestra los juguetes muy cerca de la cara, le hace cosquillas de un modo intenso, casi brusco, y otras conductas de ese estilo. A los cuatro meses, el bebé reacciona con conductas de rechazo, desviando la mirada, sacando la lengua, mostrando una expresión facial de incomodidad y poniéndose irritable. Todas conductas no muy adecuadas hacia una madre que solo quiere la absoluta atención del niño y, por ende, con el riesgo de que ella pueda sentirse rechazada por su hijo y empezar a actuar de un modo más brusco y/o agresivo. Pero a los doce meses se observa a un bebé con una actitud completamente opuesta, expresando lo que una experta mundial en apego llamó «falso afecto positivo» (FAP). El FAP es una estrategia que ya se observa a los doce meses; ese bebé irritable y evitativo a los cuatro meses, ahora es «tranquilo», sonriente, hiperalerta hacia la madre, como anticipando lo que ella quiere y espera del niño. Es decir, en ocho meses, el bebé aprendió una forma de desarmar el control de la madre, simplemente aprendiendo a fingir lo que ella espera del niño, y a actuar de acuerdo a eso.

Como el lector podrá notar es difícil poder detectar si la sonrisa de un infante es falsa o genuina, o si el niño se está divirtiendo realmente con el cuidador. Una de las señales más importantes para diferenciar esto es atender muy finamente si la sonrisa es real, y no exagerada y rígida, y si el cuerpo del niño está tranquilo, y no se observa tenso, o si el tono de su voz no es muy exagerado (como actuado). Cuando el niño es mas grande (a los cuatro-seis años), el FAP es más evidente y activo, ya que el niño trata de ser perfecto para su cuidador: busca entretenerlo, agradarlo, hacerle caso en todo, le sonríe, le dice que lo quiere, le ayuda en los quehaceres domésticos, no llora ni molesta y, en algunos casos más graves, el niño puede hasta cuidar al adulto (llegando a la inversión de roles). Pero al observar más detenidamente a la madre se infiere que detrás de esta actitud intrusiva, controladora y autorreferente (ella quiere para ella a su hijo), se puede notar una cierta agresividad encubierta, una cierta brusquedad, la que en algunas situaciones puede transformarse en maltrato, o llegar al TC.

Recuerdo el caso de un niño de seis años cuyo motivo de consulta era que la madre se quejaba que en los últimos meses el infante estaba «imposible», «mal educado», «flojo» y «manipulador». Observando estas descripciones que hacía la madre, no eran en absoluto concordantes con la conducta y actitud del niño. En ese momento, yo le pregunte a la madre qué cosas haría para corregir estas conductas. En un principio ella me relató que lo retaba y castigaba, pero indagando más en profundidad aparecieron eventos de golpes con correazos, puños, encierros prolongados por horas, y muchos episodios en los que ella reconocía que se salía de sus casillas y no medía su fuerza. Lo que más me impresionaba era que mientras más crudos iban siendo los relatos de maltrato de la madre, más nervioso se iba poniendo el niño, pero abrazándola fuerte, mirándola con admiración y diciéndole muchas veces «mamá, tú sabes que yo te quiero más que a nadie». Pero era inevitable sentir ese tono de actuación y exageración en su conducta. El problema es que como muchos niños aprenden desde temprana edad la complacencia, se van volviendo expertos en el FAP, lo que conlleva que para un padre o profesional le sea difícil diferenciar el afecto genuino del falso, y a un niño maltratado que finge felicidad y amor, de un niño que honestamente se siente feliz con sus cuidadores. El punto es que, como ya se mencionó, esta estrategia sigue la regla de minimizar el dolor y maximizar el apego y el cuidado. Es decir, por un lado, el niño se olvida y apaga sus emociones para sentir lo que el adulto espera que sienta (por ejemplo, la niña le dice que tiene frío y la madre le responde, «tú no tienes frío, solo quieres molestarme»), y así el mundo afectivo del niño se va desdibujando en las expectativas del cuidador. Por el otro lado, como su conducta es «perfecta», aumentan las instancias de cariño y atención hacia él (maximizando el apego y el cuidado).

Ahora, como toda estrategia para aliviar el dolor, la solución presente se va convirtiendo en un costo para el futuro, acarreando muchas dificultades en la adolescencia y adultez. El riesgo a futuro tiene varias consecuencias devastadoras para el adolescente y el adulto. Lo más grave es que la solución presente de aprender a no tomar en cuenta ni dejarse influir por los propios estados emocionales y pensamientos provoca que el adolescente/adulto actúe, sienta y tome decisiones en su vida determinadas por lo que se espera de ellos, y no por lo que el niño quiere o desea hacer. Muy comunes son los casos en los que el joven decide estudiar la profesión escogida por el padre, aunque esa no sea lo que el adolescente quiere, o incluso seleccionar a las parejas sobre la base del estándar y expectativas de sus padres.

Como lo demostró el neurobiólogo Antonio Damasio, las emociones son como la brújula y la energía que nos permite tomar las decisiones y acciones de la vida. Si la persona no tiene acceso a sus emociones, no tiene la brújula que lo orienta sobre lo que quiere hacer, y en el caso de la complacencia la persona se guía no por sus emociones, sino por lo que los otros esperan que haga y que sea («los otros soy yo, y yo soy los otros»). Tuve un caso de una niña de doce años cuya madre trabajaba como abogada. Cada vez que ella ganaba un caso importante, se tomaba unos días libres, se dedicaba al consumo de cocaína, fiestas y relaciones sexuales ocasionales. Después de esos periodos, la mujer caía en unos estados de depresión y abstinencia, no pudiendo hacer nada más que quedarse en cama. Con el tiempo, el consumo empezó a intensificarse y la madre empezó a perder casos, llegar tarde, pedir constantes licencias, presentar irresponsabilidades laborales y otras consecuencias negativas. El tema es que en todos estos periodos, el cuidado de la niña siempre estaba en un segundo o tercer plano. La madre tenía conductas desorganizadas en consumo (la llevaba a las fiestas, la exponía a personas consumiendo o teniendo contactos sexuales, etc.), y en los periodos de depresión era muy negligente al no tener la capacidad física de cuidarla. Ya a los cuatro años de vida de la niña, esta vida de consumo y negligencia eran parte cotidiana del cuidado recibido, y ella paulatinamente comenzó a adoptar una actitud de complacer y hasta de cuidar a la madre. A los siete años, la niña sabía reconocer y anticipar los estados eufóricos (olor de la madre, su conducta intensa, etc.), y los posteriores estados depresivos (el llanto, la irritabilidad, el dormir constantemente y otros). A esa edad, la niña se había convertido en una especie de enfermera que cuidaba a su madre y buscaba alegrarla de alguna manera. Por ejemplo, le hacía el desayuno para paliar los efectos de la droga, se iba sola al colegio, la animaba leyéndole cuentos o poemas, le ponía películas cómicas para subirle el ánimo, etc. La niña se mantenía siempre sonriente, sin buscar generar ningún problema extra para la madre. A los diez años de la niña, la abuela decidió irse a vivir con ellos, ya muy preocupada de los cuidados inadecuados de la madre, y de su adicción. De hecho, la derivación final llegó del colegio, aduciendo un muy mal rendimiento de la niña y una conducta completamente apática, sin iniciativa para aprender y sin interés por las labores escolares. Ella había sido atendida por un psiquiatra que le diagnosticó «déficit atencional sin hiperactividad» y «posible depresión».

La abuela es quien traía a la niña a las sesiones y a la madre nunca la pude conocer. La

primera vez que la vi, y ya conociendo su historia, le pregunté qué tenía ganas de hacer, que ella decidiera, y durante media hora aproximadamente no pudo decidirse por nada. Miraba algo, pero se arrepentía, o me insistía constantemente en que yo le dijera qué hacer. En ese instante, su actitud y su cuerpo eran ansiosos y se notaba complicada, como si yo le estuviera pidiendo la «tarea más difícil del mundo». Al final le propuse un juego e inmediatamente ella «despertó», cambió su actitud emocional y se puso activa a jugar en lo que yo le había pedido, y me miraba en ocasiones con una sonrisa rígida, con una actitud casi de «por fin terminó el estrés de la tarea imposible».

Ese fue el estilo de gran parte de las sesiones. Ella no podía hacer uso de sus emociones para guiar sus acciones y decisiones, y solo cuando otra persona le decía lo que debía hacer es como si ella despertaba y empezaba a funcionar de un modo automático. Esto es sorprendente y a la vez muy riesgoso: el no haber podido desarrollar un mundo interno y vivir de acuerdo a las demandas y expectativas de los otros. A nivel emocional, en la superficie la niña parece sonriente y sobreadaptada, pero, en un nivel más profundo, no solo nunca fue cuidada (y de ahí la soledad y el miedo), sino que le quitaron sus emociones personales y, por ende, su capacidad de experimentar la vida de acuerdo a sus preferencias, sus pasiones, sus pasatiempos, sus dolores, es decir, de acuerdo a su existencia.

En un estudio realizado por Karlen Lyons-Ruth[34] (la experta mundial en apego desorganizado), se encontró que había una diferencia de género en el uso de estas estrategias. Más específicamente, ella y su equipo hallaron que las niñas suelen utilizar más la complacencia y los niños más la estrategia de pelear. Aunque podemos dar muchas explicaciones sobre estos hallazgos, las evidencias lo confirman donde: los mamíferos hombres (debido a su mayor tamaño, fuerza y estatus social) suelen acudir preferentemente a la violencia física y las mujeres más a la violencia psicológica. De hecho, varios estudios han mostrado que en la adolescencia las mujeres superan con creces las dificultades internalizantes (depresión, ansiedad, tristeza), y los hombres superan las dificultades externalizantes (agresión, hiperactividad, descontrol emocional, irritabilidad).

— Aferramiento/dependencia extrema: esta última estrategia ha sido menos estudiada, aunque John Bowlby, el creador de la Teoría del Apego, expuso ampliamente en sus libros sobre los efectos de la separación y la pérdida afectiva en el desarrollo del niño.

Aquí se ha observado que en momentos de gatillamiento (y a veces incluso estando tranquilo el niño), el infante se desespera, llora y se aferra a algún adulto. El niño no soporta la separación, incluso durante minutos en los que no puede mantener contacto físico con el cuidador. Esto se ha observado desde temprana edad (seis meses de vida): el infante ya tiene el desarrollo físico como para buscar la proximidad y el aferramiento hacia el adulto. En la edad preescolar, la angustia de separación es la tónica de casi todos los días, al momento de dejar al niño en el jardín.

Muchas veces, y esto es más grave aún, el aferramiento es indiscriminado, es decir, el niño se aferra a cualquier adulto en busca de protección. Este tipo de conductas se ha observado en los casos en que al niño se lo amenaza repetidamente con abandonarlo, si es que hace algo malo o con padres que simulan abandonarlo para que aprenda la lección (se esconden, se van de la casa por un rato y lo dejan solo). Pero también hay casos en que el adulto usa al niño para no sentirse solo, entonces le coarta o amenaza cualquier conducta de exploración o alejamiento («si vas a la calle y me encuentras acostado es porque algo grave me pasó»).

Asimismo, se ha observado en casos de pérdidas o muertes traumáticas para el niño, tales como accidentes automovilísticos donde ambos padres mueren, o ser testigo del asesinato de una de las figuras de apego, o simplemente sufrir una pérdida emocionalmente fuerte, que al niño no le explican qué ocurrió o le hacen creer que el cuidador sigue vivo. Ahora, como en algún momento el adulto tiene que separarse del niño (porque va a trabajar o está haciendo otra cosa), el niño vive esa separación de un modo extremadamente angustiante, buscando desesperadamente el aferramiento. En los casos de los duelos traumáticos, a veces basta que un recuerdo, una imagen o un olor gatillen emociones de mucha tristeza y desesperación.

En otros casos, en los que el niño ha experimentado varias separaciones y abandonos de forma traumática, suelen buscar desesperadamente el contacto y cuidado de cualquier extraño que les pueda proporcionar algo de seguridad, sin ser capaces de discriminar quién es el adulto (y no pudiendo reconocer qué es seguro de qué es peligroso). Aquí tenemos a las víctimas de pedófilos, proxenetas o personas especializadas en tráfico humano. El punto central es que el niño solo puede minimizar su angustia, soledad y tristeza, y maximizar el cuidado, aferrándose a algún adulto disponible. Desde la adolescencia, la separación afectiva con parejas o amigos suelen ser devastadoras, con intensas y descontroladas emociones de miedo, angustia, llegando a intentos de suicidio.

En conclusión, esta parte de la PMT nos enseña un aspecto que es central para mentalizar la experiencia traumática (y muchas otras experiencias de los niños), donde no es la idea de llegar al «apego seguro» como el más sano y adecuado, y que los cuidadores deban formarlo en sus hijos, alumnos o pacientes, como el «santo grial» de los vínculos afectivos. Tampoco se trata de categorizar las otras formas de adaptación como «enfermas» o «psicopatológicas». Desde el punto de vista planteado por este libro, cada niño va formando un modo de minimizar sus experiencias dolorosas, y maximizar el cuidado y la protección. La forma que cada niño desarrolla va a depender de los recursos (internos y externos), de sus experiencias de vida y del tipo de cuidado que reciba. Y en ese sentido, se va desarrollando de acuerdo a lo que «tiene a la mano». En términos más concretos, esto implica que antes de apresurarse en diagnosticar, etiquetar o hacer calzar a un niño a una idea preconcebida o teoría, es más adecuado buscar el porqué y para qué ese niño en particular ha desarrollado esas conductas, emociones y estrategias, haciendo lo que puede hacer (y no pudiendo hacer otra cosa). Entiendo que para el lector esto quizás es difícil de comprender y aceptar, pero conlleva un cambio de actitud y estado mental/ emocional hacia el respeto y comprensión del dolor de muchos niños. Ahora, lo más relevante de todo es que este cambio lo recibe y vive el niño en sus interacciones afectivas con los otros, por primera vez no se siente etiquetado, criticado, invalidado, abandonado, sino comprendido y aceptado, y ese es el principio (y el fin) de toda la ayuda que se les puede proporcionar.

— La función de la conducta: esta última parte de la PMT es también muy relevante porque nos ayuda a mentalizar el para qué el niño hace su conducta, nuevamente sin buscar interpretar más de lo debido. La función de la conducta puede entenderse como ¿cuál es el sentido de hacer ese tipo de reacciones? Más que la pregunta del porqué de sus conductas, se trata de comprender el para qué las tiene. ¿Cuál es el sentido de sobrevivencia?, ¿qué busca el niño al tener esas reacciones? Esa respuesta, como ya se ha mencionado, se relaciona con comprender al niño desde su mundo de experiencias dolorosas, buscando entender qué es lo que necesita hacer, qué está buscando expresar. Por lo anterior, se requiere de un esfuerzo y cambio de mentalidad. Por esto, también es muy fácil caer en interpretaciones adultizadas y personales, tales como «él lo hace porque estuvo institucionalizado», «el niño nos rechaza porque no nos quiere», «a ella le gusta sabotear los momentos felices de la familia», «el abuso la marcó para siempre, por

eso es tan agresiva». Pero la función suele ser más simple, en el contexto de preguntarse el «para qué».

Lo que podemos saber es que, incluso en reacciones extremas, la conducta sigue la regla de minimizar el dolor, y maximizar el apego y el cuidado. Por ejemplo, un niño se golpea la espalda contra una pared, el para qué de esa conducta puede responder a no querer sentir las sensaciones de soledad y abandono, y así buscar la atención de un adulto. A veces, las conductas de escaparse tienen la función de evitar el gatillador (por ejemplo, el reto de una profesora), y así calmar el miedo y los recuerdos traumáticos. Incluso en casos más simples, como una pataleta que podemos mentalizar como «manipulación», o que el niño está llamando la atención (en un tono negativo), tiene como función simplemente que el niño quiere algo y se enoja porque no lo puede conseguir, o que el infante quiere que sus padres lleguen más temprano a la casa y se enoja cuando llegan portándose él «mal», o puede ser que el niño se enoje porque un compañero le quitó un juguete y la reacción de rabia es la de recuperarlo. La diferencia es que en el TC, la función tiene aspectos más dolorosos, la función puede ser evitar más abandono, buscar algún tipo de cuidado, no sentir miedo y confusión, etc.

Por lo tanto, en esta última parte de la pauta hay que preguntarse por el para qué el niño hace lo que hace, buscando comprenderlo desde el propio mundo del infante, su pasado y situación actual, y los recursos de cuidado que tiene a la mano.

Veamos un ejemplo de cómo completar esta pauta, a través de un caso simulado el de una familia compuesta por el padre, la madre y dos hijos (una niña de cuatro años y un niño de siete años). La familia es de buena situación económica: el padre tiene un cargo importante en una empresa y la madre es periodista, pero decidió dejar de ejercer para dedicarse al cuidado de los niños. El estilo general de cuidado es impuesto por el padre, donde su «palabra es la ley», imponiendo un estilo autoritario, con reglas, normas y valores claramente delimitados. En el caso de que esas normas no se cumplan, el padre es muy claro en dar las reprimendas, los castigos y hasta los golpes físicos (por ejemplo, cachetadas, golpes de cinturón). La madre solo observa sin intervenir mucho, porque la relación de pareja sigue una tónica similar: él es el proveedor, el dueño de la verdad, y por lo tanto puede haber discusiones con ella que terminan en maltrato psicológico (descalificaciones y subvaloraciones de sus opiniones y acciones) hacia la mujer.

Los hermanos tienen estilos diferentes de ser. El niño desde chico fue de temperamento más activo, inquieto, con más llantos y protestas, y entonces con más

dificultad para acatar las reglas del padre (debido principalmente a que su desarrollo no le permitía comprender y obedecer esas reglas). La niña es diferente a su hermano, siendo siempre de un temperamento más tranquilo, fijada en el orden, la limpieza y sin mostrar reacciones emocionales descontroladas; su actitud social es más tímida, callada, pero está siempre muy atenta a lo que pasa a su alrededor. En una primera impresión, la familia aparece muy adecuada, los niños son en general bien comportados (pero un poco rígidos y tímidos en su actuar), y el clima familiar, aunque un poco frío y poco espontáneo, parece adecuado. El secreto doloroso de la familia que se sabe «pero no se sabe», es que el padre en periodos de mucho estrés laboral suele caer en conductas de consumo casi diario de alcohol, pero, sobre todo, de cocaína. Evidentemente, este consumo no se debe únicamente al estrés en el trabajo, pero es así como el padre se lo explica y justifica. El hombre ha ido aprendiendo a esconder y aparentar este consumo con la familia y sus colegas de trabajo, pero en ciertos periodos cuando el consumo aumenta, sus límites y apariencias desaparecen, llegando a conductas descontroladas y violentas en la casa. Entonces, este padre puede estar muy irritado y violento, después de ingerir durante semanas alcohol y cocaína, quejándose de los niños y la esposa por cualquier cosa ínfima (que la casa está desordenada, que no le compraron la carne que él había pedido, que los niños no están estudiando tanto, etc.). Esto conlleva a discusiones muy intensas con la esposa, llegando a la violencia física. En varias ocasiones, después de haber violentado a su mujer, el padre va a desquitarse con los hijos (quienes ya están muy atemorizados por los gritos, llantos y súplicas de la madre). Entonces, ya muy descontrolado, les empieza a revisar el orden de su ropa, sus deberes escolares, si se han portado bien, etc. Los niños, atemorizados, corren hacia su madre para protegerse, y cuando llegan hacia ella, el padre se enoja aún más, tratando de agarrarlos por la muñeca para llevarlos a su habitación y seguir con los retos. Primero, trata de tomar al niño, quien con una clara expresión de enojo y llanto se resiste, buscando zafarse, moviendo sus manos de un modo muy agitado. Después, busca a la niña, que se aferra con mayor intensidad a la madre, se chupa el dedo y se queda con una mirada perdida muy asustada. En ese instante, la madre le grita al padre que se calme, que entre en razón, que está lastimando y destruyendo a la familia, a lo que el padre se retira ofuscado y se encierra en su escritorio.

Si el lector lo desea, podría tomarse unos minutos y tratar de completar la pauta de los dos hermanos.

Si no, les explicaré cómo la completaría yo. Partimos con el niño.

1. Conducta estresante: recuerden que aquí se debe registrar lo que se observa conductualmente, sin confundir con lo que el niño siente o desea hacer o evitar. De acuerdo con eso, las conductas estresantes pueden ser la expresión facial de enojo y miedo, y los intentos de no ser agarrado por el padre. Eso es lo que podemos observar directamente.
2. Gatillador: esto es más complejo, ya que debido a que estos eventos se han repetido en varias ocasiones, el cerebro del niño ya está alerta a los indicadores que muestran que se aproximan esas conductas traumatizantes del padre. Entonces, posibles gatilladores pueden ser: el olor a alcohol, la conducta agresiva (los gritos, golpes, expresión de rabia, los comentarios negativos), los llantos de la madre, los ruidos de la pelea, la mirada y llanto de miedo de la madre.
3. Proceso mental: puede inferirse como, en primer lugar, rabia y, en segundo lugar, miedo.
4. Estrategia de afrontamiento: en primer lugar es externalizante y, más específicamente, usa la estrategia de pelear.
5. La función de la conducta: puede ser defenderse y defender a la madre de las agresiones del padre.

Mis respuestas pueden no ser las absolutamente correctas, pero lo importante es que el lector intente completar alguna pauta, y que evite el error de no confundir las partes de la misma.

Veamos ahora a la niña:

1. Conducta estresante: tono muscular rígido, expresión facial inmóvil, chuparse el dedo.
2. Gatillador: los mismos que en el caso del hermano, aunque algunos gatillen más a uno que al otro.
3. Proceso mental: en la niña se puede inferir que el miedo parece ser la emoción que la desborda, de acuerdo a su postura corporal y facial.
4. Estrategia de afrontamiento: a diferencia del hermano, quizás debido a la edad y el género, presenta una estrategia disociativa, donde su miedo la desconecta de lo externo, manteniendo una mirada perdida en el vacío, chupándose el dedo para autorregularse. También se puede observar algo de aferramiento hacia la madre.
5. Función de la conducta: esto suele ser más complicado en los casos en que los niños internalizan sus emociones, y por ende el estrés no es directamente observable. En este caso, la función parece ser la de desconectarse emocionalmente del miedo y de

la situación agresiva que está ocurriendo («como que esto no está pasando realmente»).

A primera vista, esta pauta puede parecer un poco mecánica y no refleja toda la complejidad de la constelación traumática de los niños. Lo que hemos observado, sin embargo, es que con su uso y entrenamiento, el proceso mecánico va internalizándose, siéndole cada vez más fáciles a los adultos mentalizar la experiencia traumática. A los padres les pueden servir algunas partes de la planilla, aunque lo ideal es tratar de completarla entera. A los profesionales les recomiendo que busquen comprender bien el sentido de cada parte y que se entrenen con casos reales que hayan tratado o estén tratando.

Finalmente, les recuerdo de nuevo que el objetivo último de presentarles esta planilla es ir paulatinamente desarrollando la capacidad de mentalizar la constelación traumática, desde la experiencia y mundo del niño (no desde lo de los adultos). Cuando ese proceso de mentalización empieza a ocurrir, cambia la forma de vincularse con el infante, de un modo más tranquilo, comprensivo, honesto y validador, y eso es, al final, lo que recibe el niño, el producto final, llegando a sentirse cuidado de otra forma. Es decir, ser tratado por primera vez de una manera diferente, que le permita sacarlo de la selva y poder reprogramar su cerebro en peligro hacia la emergente confianza en el cuidado y protección de los otros, junto con recuperar la seguridad emocional perdida durante sus primeros años. Para lograr esto, las interacciones mentalizadoras deben ocurrir durante la vida cotidiana del niño, y ese es un gran desafío para las intervenciones que actualmente se realizan en TC (volveremos a esto más adelante).

Automentalización

La capacidad de automentalización, como lo dice su término, es aplicar la mentalización hacia los estados emocionales y mentales que el adulto experimentará en la amplia gama de experiencias que puede sentir hacia el niño o, más bien, un niño determinado (especialmente en momentos de estrés del niño y del propio cuidador). En palabras simples es preguntarse sobre lo que siento, imagino, pienso, deseo de cada niño en particular, y cómo esa experiencia afecta mi forma de vincularme con él. Por ejemplo, ¿qué siento sobre el dolor de la infancia?, ¿me afecta el trauma o siento que es algo que

no tiene que ver con mis experiencias?, ¿qué emoción me provoca cuando veo a un niño llorar intensamente?, ¿qué me pasa cuando escucho las noticias sobre las condiciones de los niños del Sename?, ¿qué me ocurre si veo a un padre ser agresivo con su hijo, en un supermercado?, o más aún, ¿qué me pasa con mis hijos o alumnos?, ¿siento preferencia por algunos más que por otros?, ¿por qué me es más difícil congeniar y jugar con mi hijo que con mi hija?

Sin embargo, esta capacidad es más difícil de ordenar y sistematizar a través de una pauta. Primero, porque cada experiencia de automentalización es personal e influida por el momento emocional presente, así como por la historia de cuidados. Si el adulto llega cansado e irritable a su casa debido a que tuvo un mal día de trabajo, y el niño no para de moverse, gritar y jugar, la automentalización será diferente a la de un padre que llega de buen humor y queriendo estar con sus hijos. Entonces, existen muchas diferencias individuales como para poder ordenarlas todas en una pauta. La segunda razón es que esta capacidad, como las capas de una cebolla o las muñecas rusas Mamuskas, tiene diferentes niveles, y cada persona, de acuerdo a su experiencia de vida, puede estar en las capas más externas y otras en las más profundas. El punto concreto es que el cómo automentalizo mis sensaciones, emociones y pensamientos influye de sobremanera en cómo iré a mentalizar al niño en particular, lo que a su vez influye en la calidad del vínculo que desarrollaré con él. Un ejemplo clásico es cuando un adulto distingue que le da rabia que el niño llora y haga pataletas; entonces, es probable que lo mentalice de forma negativa, diciéndole que es un manipulador, mal educado, difícil, etc., y eso inevitablemente termina afectando la calidad de la relación emocional y comunicativa con el niño, ya que está siendo crítico y enjuiciador de forma negativa con él, y finalmente está disminuyendo el sentido de seguridad y disponibilidad emocional del infante hacia el adulto.

En el caso de la experiencia traumática, este proceso suele ser más complejo, quizás al ser una epidemia oculta, o porque pueden ser experiencias alejadas de la vida del adulto, o por lo contrario, quizás sean experiencias cercanas, pero que uno desea olvidar y negar. La condición del trauma como un dolor oculto en la infancia, suele reforzar la creencia de que «eso le pasa a la gente pobre», «eso le pasa a los adictos o enfermos mentales». Pero la realidad y los datos científicos nos muestran otro panorama, en el que podemos sorprendernos de cómo el TC está más cerca de lo que la gente piensa, ya que hay mucho trauma escondido en los hogares de nivel socioeconómico alto, pero nunca

aparecerá en las noticias o los diarios. Solo basta recordar si alguien ha tenido a un familiar alcohólico o adicto a las drogas, o descontroladamente agresivo o con algún problema psiquiátrico, y la lista sigue… Recuerden que justamente una de las funciones de la mente es dejar en las sombras nuestro pasado temprano doloroso. He visto muchos casos de adultos que consultan por una depresión leve, o por alguna dificultad en sus relaciones laborales, o por problemas de pareja, y cuando se les pregunta por su infancia, suelen minimizar esas experiencias de castigo o malos tratos u otras cosas extrañas que pasaban en la familia, y, asimismo, tratan de buscar justificaciones para esas conductas inadecuadas. Por eso, un proceso largo y doloroso, a veces, es enfrentar esas experiencias, para así reorganizar una vida más plena y completa con los otros y uno mismo.

En este libro vamos a «pelar» tres capas de la cebolla, de modo de dar una guía general para que el lector pueda automentalizar su experiencia con el dolor de los niños. Lo que es importante saber es que esta capacidad es fundamental para lograr, en primer lugar, un proceso emocional de sensibilización hacia el dolor de los niños, y en segundo lugar, poder aprender a mirarse a uno, con el fin de desarrollar una relación afectiva que le entregue bienestar y seguridad al infante. Por ende, como dicen, «para cuidar a los otros primero uno tiene que cuidarse a uno mismo», y la automentalización es un camino para eso.

Entonces, las capas que vamos a pelar son: 1) psicoeducación; 2) la identificación en el adulto de posibles conductas desorganizantes de cuidado (CDC); 3) la identificación en el adulto de posibles mentalizaciones negativas (MN), que puedan estar afectando la calidad y seguridad del apego del niño.

1. *Psicoeducación*: esta es la primera capa que todos debemos automentalizar para comprender el TC. Simplemente se trata de saber qué es el TC, cómo se origina, cómo es la constelación traumática, sus secuelas a través de la vida, cómo son los procesos psicofisiológicos de la experiencia traumática, etc. En el fondo, aquí radica el propósito de este libro, así es que si el lector ha llegado a esta parte, ya habrá pasado por esta capa. Pero la psicoeducación es también ir un poco más allá, ya que se relaciona con generar la conciencia y sensibilización de esta realidad oculta, de modo que no esté tan escondida y que se puedan hacer campañas para sacar a la luz esta epidemia. Estas se pueden hacer en los colegios, hospitales, residencias, unidades de salud mental y física, unidades de pediatría, ginecología, etc. El punto, nuevamente, es abrir la caja de Pandora y buscar

soluciones para el dolor que existe ahí dentro, y que lo sufren los menos preparados para el dolor: los infantes.

Finalmente, cabe remarcar que la psicoeducación es como una norma en todos los programas de intervención a través del mundo, debido justamente a su característica de oculto.

2. *Identificación de las CDC*: si el lector recuerda la lista de CDC, el ejercicio es leerlas y observarse y recordarse, tratando de identificar si las hacemos, o las hemos realizado en algún momento, o si las desplegamos de un modo más frecuente del que nos damos cuenta. En periodos de estrés y emociones negativas, todo adulto ha reaccionado de un modo relativamente descontrolado, pero aquí lo que se busca es aprender a autoobservarse, y analizar si esas conductas son más que ocasionales, o si pueden llegar a ser un estilo más estable de cuidado hacia el niño.

3. *Identificación de mentalizaciones negativas*: este tipo de automentalización ocurre cuando el adulto infiere estados emocionales y mentales que tienen una connotación inadecuada de lo que está vivenciando el niño, lo que repercute en el desarrollo de una relación tóxica entre ambos.

Lo más simple es dar ejemplos de este tipo de mentalizaciones:

- **No ser capaz de reconocer alguna emoción** en las reacciones del niño («no sé que le pasa» frente a un niño que está haciendo una pataleta).
- Decir **cosas impulsivas** al niño (negativas).
- No ser capaz de poder **ver las cosas desde un punto de vista diferente** al que uno tiene (en relación con la conducta y reacción del niño) (estar completamente seguro/a de que el niño se pega para llamar la atención).
- Mostrar una actitud de **querer cambiar de un modo inmediato** la conducta del niño, sin hacer el esfuerzo de buscar comprender qué le ocurre («siéntate ahora»; «deja de pegar»; «deja de molestar»).
- Usar **categorías psicológicas** («este niño es el típico trastorno de conducta»; «esta es una niña con un trastorno oposicionista desafiante»); **médicas** («es que el niño tiene un retraso»; «el niño es orgánico») o **psicosociales** («es el clásico niño maltratado»; «es el típico niño de familia de adictos») negativas hacia el niño.
- Hacer **mentalizaciones completamente inexactas** sobre el niño («este niño se porta mal porque es lunes»; «sus pataletas son porque su madre era muy religiosa»).
- Usar las emociones y reacciones del niño con **fines personales** («el niño no quiere que yo lo tome, prefiere estar solo»; «el niño quiere hacer todo solo, no le gusta que lo ayuden»).

- Expresar **comentarios descalificadores** hacia el niño («es un manipulador»; «es un mal criado»; «es un mal educado»; «eres un niño difícil»).
- Expresar **comentarios autorreferentes** hacia el niño («le gusta hacer pataletas para hacerme las cosas difíciles»; «él me quiere hacer la vida imposible»).
- Expresar **comentarios amenazantes** hacia el niño («si te portas mal, tu mamá no te va a venir a ver»; «si sigues pegando, nadie te va a querer»).
- Expresar **comentarios generadores de culpa** hacia el niño («por tu culpa, todos los niños se enojaron»; «¿acaso no te das cuenta de cómo molestas a los otros?»).
- Expresar **comentarios irónicos o burlescos** hacia el niño («este niño llora como guagua chica»).
- Expresar **comentarios rechazantes o de indiferencia** hacia el niño («no te acerques»; «no te quiero ver»; «no me molestes»; «anda a tu lugar y no vuelvas en un rato»).
- Expresar **comentarios de autoridad excesiva** hacia el niño («te lo digo porque yo mando aquí»).
- Pedir **acciones imposibles** para la situación y/o desarrollo actual hacia el niño («¿puedes aprender a calmarte?»; «¿Por qué no piensas antes de hacer eso?»).
- Buscar dar **explicaciones racionales** al niño que él no puede comprender («si sigues con esa actitud, en el futuro no te va a ir bien»; «lo que haces es completamente irracional y descontrolado»).

Así como las CDC suelen desorganizar al niño de diferentes formas, las MN suelen provocar experiencias negativas que lo confunden, lo invalidan como persona, le bajan su autoestima, le generan rabia y confusión, y miedo o tristeza. En algunos casos, las mentalizaciones son confusas (como por ejemplo, el niño ve a sus padres teniendo relaciones sexuales y el padre le dice: «tú no has visto nada, no es real») y provocan que el niño comience a desconfiar de sus propios procesos mentales, no sabiendo si lo que ve o siente es real o imaginado. Eso da pie para muchos procesos psicóticos o alucinatorios. Pero, más aún, se sabe que dado que el proceso de automentalización es un proceso muy personal, de cada uno, se recomienda tener mucho respeto y sensibilidad a la hora de juzgar las mentalizaciones negativas de otro adulto. No existen padres ni profesionales malvados que deseen hacer sufrir a los niños, de manera que, antes de prejuzgar es mejor buscar la comprensión. Por lo tanto, es decisión de cada uno cuánto desea observarse a sí mismo e identificar sus experiencias de CDC y MN en el dolor de la infancia, y quizás buscar más allá…

Regulación

El concepto de regulación tiene varias connotaciones, definiciones y facetas, pero aquí se lo entenderá como «la generación de ciertas condiciones de cuidado que le permitan al niño desarrollar un sentido de seguridad emocional, que le posibilite llevar un presente y futuro de bienestar en todos los ámbitos de su vida cotidiana».

Dentro de la psicología, este objetivo suele concretarse a través de diferentes formas y facetas de terapias individuales o grupales, con algunas diferencias teóricas, pero también con aspectos en común. Entre esta amplia oferta de terapias para el trauma, las que están dirigidas a niños menores de seis años son las más escasas. Sin embargo, la mayoría de ellas (incluso independientemente de la edad del niño), tienen como requisito la presencia de un cuidador significativo en la vida del menor.

Recientemente se publicó un libro sobre las diversas (aunque escasas) terapias para el trauma temprano (cero a seis años), de las autoras Joy Osofsky, Phillip Stepka y Lucy King (*Tratando infantes y niños jóvenes impactados por el trauma: Intervenciones que promueven el desarrollo saludable*)[35]. Allí se hizo una revisión de las intervenciones más estudiadas y se expone la misma conclusión: no es posible hacer terapias sobre el trauma temprano si el niño no tiene una figura de apego, relativamente estable y continua. La pregunta entonces es: ¿qué ocurre con los niños institucionalizados?, ¿los niños que sufren TC, donde sus cuidadores son inestables, abandonadores y representan una fuente de miedo? O, más específicamente: ¿podemos restaurar un sentido de seguridad en un niño que ha sufrido TC, con una sesión a la semana de una duración de una hora?, ¿será ese el tratamiento adecuado para sacar de la selva al niño?, ¿qué tipo de intervención podrá ser capaz de desarrollar un sentido visceral de seguridad emocional, que le proporcione una vida libre de los fantasmas del pasado, viviendo un presente seguro para sí mismo y su entorno social, donde los otros no sean fuente de peligro y desconfianza, y así vivir una vida de esperanzas y proyectos de vida? Si lo miramos desde la perspectiva de las experiencias, necesidades y deseos del niño, ¿qué necesita realmente un niño para sentir protección, confianza, disponibilidad y seguridad en el vínculo con sus otros significativos?, ¿puede lograrse esto a través de esporádicas sesiones de psicoterapia con una persona extraña, o en el contexto de la educación parvularia, o en el contexto de los hospitales o la salud primaria?

Esto puede ser polémico para muchos profesionales, pero es de mi opinión (y de la de

muchos expertos) que lo que el niño necesita es experimentar vínculos afectivos que «apaguen» el peligro crónico, y le vayan generando confianza en la relación con los otros. Desde la experiencia del niño, pienso que el foco de ayuda debería tomar otro rumbo. Por ejemplo, si le preguntara (y lo he hecho) a un niño que está institucionalizado qué prefiere: ¿que un psicólogo lo vea una vez a la semana por una hora, o que existan cuidadores que vivan cotidianamente con él, y que sean sensibles, cariñosos y protectores? Las respuesta es simple y clara.

Yendo al grano, se propone que una ayuda adecuada y eficiente para el TC implica buscar que aquellas personas que interactúan cotidianamente con niños puedan ir desarrollando las capacidades de A.M.A.R., de modo que aquellos se sientan conectados y seguros con esas personas; de esa manera, el cerebro se reprograma hacia el desarrollo de la confianza hacia los otros (y con uno mismo), y se va produciendo un reinicio de un proyecto de vida emocional y socialmente saludable. De esto se desprende que el motor del cambio debe provenir de las relaciones cotidianas que el niño experimente, lo que conlleva a entender que el tiempo de interacciones sensibles es fundamental para el bienestar de estos niños.

De acuerdo a lo anterior, no es mi intención que se piense que el profesional de la salud mental ya no tiene ninguna relevancia. Todo lo contrario, lo que cambia es el foco de ayuda, donde, por ejemplo, el rol de un psicólogo puede ser el de capacitar y organizar a las personas cotidianas en la vida del niño, de modo de mejorar sus capacidades de cuidado. Claramente, esto puede herir el narcisismo profesional de algunos lectores, ya que este ya no es el protagonista y motor directo del cambio, pero es importante pensar en el bienestar del infante y buscar el contexto de cuidado que le sea más significativo.

En el caso del ámbito educacional, el rol de los educadores es fundamental en el proceso de recuperación del sentido de seguridad emocional del alumno, debido principalmente al tiempo continuo de relación que establecen con aquel. Pero para eso la mirada debe cambiarse en esta área, donde ya no sea preferentemente el desarrollo académico el que oriente el que hacer, sino que se debe complementar con el desarrollo socioafectivo de los alumnos. Existen muchas propuestas y enormes evidencias que avalan el hecho de que cuando se combinan ambos, los niños no solo mejoran su rendimiento, sino que desarrollan sus capacidades de empatía, prosocialidad, autoestima, bienestar emocional, mentalización y muchos otras[36].

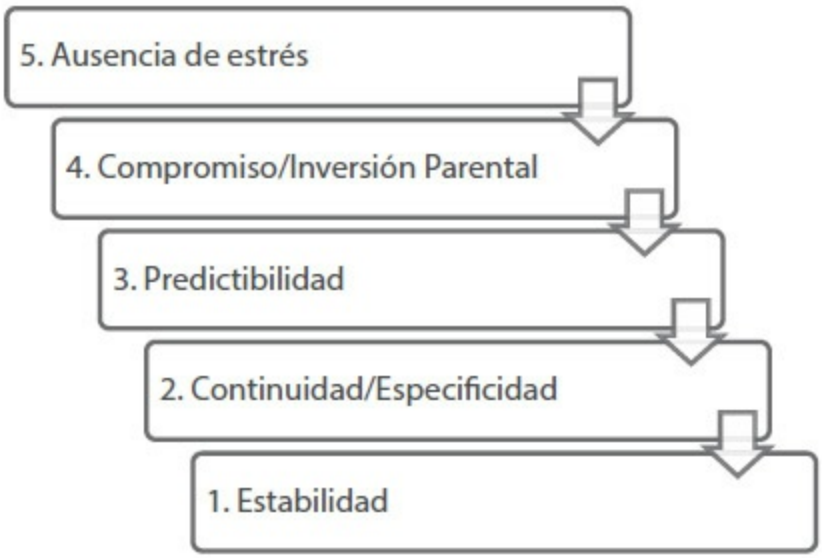
La dificultad aquí radica en que la educación chilena (y mundial, exceptuando un par de países) está cada vez más centrada en el éxito académico, llevando a sobreestresar a los niños con largas jornadas de clases y estudio, y presionándolos de un modo innecesario para ser «los mejores», y los colegios o liceos también anhelan y están presionados a estar en la punta de los rankings. Pero si recuerdan el funcionamiento cerebral de los niños con TC, el área para lograr ese exitismo académico (neocorteza) se encuentra en un estado de actividad muy baja, y la amígdala y el cortisol suelen estar en actividad muy alta. Por ende, si yo presiono el área que no está funcionando bien, el nivel de estrés y las emociones aumentan más, y eso, más que mejorar el rendimiento, lo va disminuyendo. Es justamente debido a lo anterior que han ido surgiendo muchas propuestas de intervención preescolar y escolar sobre el trauma, demostrando su alta eficacia. Esperemos que eso llegue a Chile, en algún momento.

Ahora, independientemente del tipo de profesional que intervenga, el desafío es ir desarrollando las capacidades de A.M.A.R., de modo de sacar al niño de su constelación traumática, entregando una forma de vínculo cotidiano que le permita volver a confiar en los otros, sintiéndose más seguro y confiable, para reconstruir nuevos vínculos que lo desaten de su pasado lleno de terrores, sombras, miedo, tristeza y dolor.

Pero concretemos esto de la regulación, de manera que sirva como guía para aquellos que tienen la experiencia de vivir, observar o trabajar con niños con TC. Hay que partir remarcando que aquí no se darán consejos de crianza o acciones específicas sobre qué hacer en los estados de estrés del niño. En primer lugar, ya es sabido que muchos consejos de crianza asumen la idea de que a todos los niños les será útil, como si todos ellos fueran iguales, y entonces no se realiza el esfuerzo de prestar atención y mentalizar la experiencia que a ese niño, con una edad determinada, bajo una historia específica, en un momento dado, lo que le puede estar ocurriendo. Las habilidades de A.M.A.R., justamente, individualizan a cada niño en su derecho propio, por lo que aplicar indistintamente consejos o acciones prácticas, sin antes ponerse en los zapatos del infante, puede hasta ser confuso y mecánico para él. Del mismo modo, los estudios han mostrado que muchos consejos de crianza no tienen evidencia científica, o están basados en teorías sin fundamento claro, por lo que se debe tener precaución con eso.

Aquí lo que se propone es entregar al niño un «contexto de cuidado sensible», que posibilite la recuperación de una vivencia visceral de ya no estar atrapado en el trauma, y la confianza en experimentar emociones positivas con los otros y uno mismo. Esto es

muy relevante, ya que no se trata de que el niño siga un tratamiento especializado, sino que el anhelo es promocionar un contexto cotidiano que tenga ciertas características que le ayuden a sentir y pedir la disponibilidad y protección de otras personas. ¿Cuáles son esas características del contexto de cuidado sensible? Para eso debemos acudir a un término que se llama «ambiente mínimo esperable para el desarrollo», que implica la existencia de un ambiente con ciertas condiciones básicas que todo niño necesita para lograr un sentido de seguridad emocional, especialmente durante los primeros años de vida. Estas características funcionan como un continuo en el cual, mientras más presencia haya de estas más es esperable un desarrollo saludable en el niño. Lo opuesto genera un mayor deterioro progresivo en su desarrollo. Asimismo, las primeras características suelen ser más básicas y fundamentales que las siguientes, teniendo en consideración que todas son esenciales para la vida segura del infante. Finalmente, todos son rasgos que pertenecen al ambiente de cuidado que el niño debe recibir.



— **Estabilidad:** esta es una necesidad básica de cuidado que se refiere al hecho de que lo ideal es que las personas que cuidan al niño no vayan cambiando o rotando a través del tiempo. Es decir, que el niño experimente relaciones emocionales de cuidado que se mantengan por periodos prolongados. Por el contrario, la evidencia ha mostrado que mientras más inestable es el cuidado, más va afectando negativamente el desarrollo de la capacidad de apegarse a los otros, junto con mermar su confianza en la protección, germinando una desconfianza y soledad crónicas en ellos.

El caso prototípico de la inestabilidad es la institucionalización temprana, en que el niño es cuidado por muchas personas que van rotando continuamente y que, debido a razones laborales y personales, no suelen siempre dar el cuidado sensible que los niños necesitan. Un caso menos extremo (pero preocupante) es lo que ocurre en las salas cuna y jardines infantiles, donde se ha demostrado ampliamente que el nivel de sensibilidad de las educadoras, y la alta razón de niños x cuidadores puede afectar el desarrollo socioemocional y vincular de los infantes. Por ejemplo, en un estudio internacional se demostró que más de seis niños por educador, en estadía completa, suele tener consecuencias negativas en el desarrollo de la seguridad del apego. Más aún, se demostró que esta inestabilidad en el cuidado no solo afecta el sentido de seguridad emocional, sino que termina afectando el apego con los padres. Los estudios realizados por nosotros también han confirmado esto. Por ende, primero es imprescindible buscar la mayor estabilidad posible en el vínculo del niño con su sistema de cuidado, donde en el caso del trauma, suele ser muy baja. La estabilidad es uno de los motores esenciales para la formación de una seguridad en el apego.

— **Continuidad:** aquí se refiere simplemente a la cantidad de tiempo que el cuidador pasa con el niño. Ahora es sabido que la cantidad es mejor que la calidad (si implicar que la calidad no sea importante).En el caso de los niños con TC, la sensación de soledad y disponibilidad puede disminuir con el tiempo de cuidado. El tiempo de cuidado es lo que permite la formación y el desarrollo del apego, y esa es una de las razones principales de por qué, desde el mundo del niño, no es relevante la distinción padre/madre/cuidador alternativo, ya que el niño se apegará con aquel adulto que más tiempo pasa con él. Esa también es la razón por la que en el contexto de la educación parvularia, los alumnos desarrollan un estilo de apego con sus educadoras. Para el niño la sensación de «estar» con el otro, especialmente en momentos de estrés, es el indicador que le dice que ese es su cuidador y figura principal de apego.

Desafortunadamente, la vida moderna está afectando negativamente el tiempo que los padres viven con sus hijos, desde temprana edad, donde en muchos casos estos suelen pasar el día completo lejos de sus hijos. Dado que este fenómeno va en aumento, puede ser una variable a considerar para explicar el alto porcentaje de niños que presentan problemas conductuales, afectivos y sociales. Más aún, considerando el auge paulatino de la capitalización económica de los países de la región, con el consecuente

empecinamiento de las personas por aumentar cada vez sus recursos económicos, el panorama no parece muy alentador. Por ende, los niños necesitan de tiempo de cuidado estable, aunque ya no provenga de los padres.

— **Especificidad**: este proceso está relacionado con los anteriores y se refiere al hecho de, si bien es muy importante que el niño tenga una amplia y protectora red de apoyo social, o que sea cuidado por una «comunidad de cuidadores», los cuidadores significativos deberían ser un número reducido (dos o tres adultos). La especificidad es un aspecto fundamental para que el niño pueda desarrollar la capacidad adaptativa de saber a quién debe acudir en casos de peligro o estrés. Asimismo, es esta selectividad la que le permite al niño identificar a las personas seguras de aquellas que pueden ser potenciales peligros (como, por ejemplo, tener miedo de los extraños).

Lo que se ha planteado es que la especificidad es una estrategia adaptativa para que el niño asegure un cuidado que fomente su propia protección y desarrollo. Esto nos remonta nuevamente al caso de la institucionalización temprana, en que el niño recibe el cuidado inespecífico de muchos adultos, con la consecuencia devastadora de que al final no desarrolla un apego específico con ninguno de ellos, lo que conlleva a que el niño no puede distinguir entre lo seguro y lo peligroso, sino que también se va volviendo indiscriminado al buscar cualquier tipo de cuidado con cualquier persona. Por lo tanto, formar apegos selectivos aumenta la capacidad de sobrevivencia y disminuye el riesgo a sufrir traumas de parte de los adultos.

— **Predictibilidad:** esta es una variable fundamental y cada vez más investigada. El lector ya habrá identificado su importancia en varios temas tratados en capítulos anteriores, al hablar del cerebro como un «órgano de predictibilidad». Más específicamente, se refiere primero a proporcionar un contexto en el que el niño pueda anticipar sus hábitos básicos (cuándo comer, cuándo dormir, dónde va a vivir, quién lo va a cuidar, etc.). Pero, por sobre todo, a la predictibilidad del cuidado recibido. Ya hemos visto que una de las causas de la desorganización en el apego se debe a cuidadores que actúan de un modo muy cambiante e impredecible con el niño (los asustan y después les piden perdón, o están contentos y repentinamente se vuelven agresivos, o están interactuando con el niño y se paralizan y se alejan de él). Asimismo, como se vio en el caso del apego ambivalente, el niño desarrolla una estrategia, que si

bien tiene consecuencias negativas (retos, castigos, llamados de atención), por lo menos logra una mayor predictibilidad de parte de sus cuidadores.

En el caso del trauma, la impredictibilidad es una condición básica de la experiencia dolorosa, ya que el niño no solo no puede anticipar cómo van a reaccionar los adultos (especialmente en momentos de estrés), sino que gran parte de las experiencias más dolorosas (como el abandono, el alejamiento, los maltratos, etc.) suelen ocurrir de modo impredecible. Actualmente se sabe que, debido a lo anterior, los niños con TC se vuelven extremadamente hipersensibles a cualquier evento impredecible, siendo este un gatillador y que provoca reacciones emocionales de mucho estrés. Dado que sus vidas es una constante montaña rusa de experiencias dañinas, el niño termina buscando desesperadamente alguna forma de poder anticipar los eventos futuros. Por eso, estos niños son muy hipersensibles a los cambios inesperados.

Recuerdo el caso de un niño de ocho años que fue maltratado por ambos padres durante un largo periodo. Los maltratos con el tiempo llegaron a ser torturas (quemadura con cigarrillos, dejarlo días sin comer y encerrarlo en el clóset). Como parte de un programa de intervención que se realizaba en un hospital, el niño iba todos los martes y jueves de 14:30 a 18:00 a unos talleres de pintura. En esas instancias, el niño parecía estar más tranquilo y casi a gusto. Pero un día el taller se canceló debido a la enfermedad de las profesionales a cargo, y cuando se le informó de esto al niño, este se descontroló, agarrándose de los pelos, corriendo por los patios, hasta que terminó en los techos del edificio, buscando escaparse. Por ende, para los niños en dolor, la búsqueda (a veces rígida) de orden y rutinas, les permite minimizar su experiencia traumática, al poder anticipar lo que va a suceder. Por la misma razón es que se recomienda a los profesionales de la salud mental que atienden periódicamente a estos niños siempre iniciar la sesión con la misma actividad, de modo que el infante pueda anticipar lo que viene, y eso le permita estar más calmado.

Bruce Perry, experto mundial en trauma, plantea que incluso en casos de TC muy graves es importante acercarse lentamente a ellos, hablar con una voz baja y suave, e ir informándole al niño lo que el adulto va a hacer. De lo contrario, puede venir algún estado de gatillamiento. Incluso he visto casos de niños que elaboran ciertos rituales para evitar lo impredecible, ya que de ese modo pueden controlar lo que va a ocurrir. Esto es muy típico en lo que llaman «rituales de transición» en algunos momentos del día, como es el acostarse a dormir, el despertar, el ir al jardín o colegio, donde los cuidadores deben

tratar de hacer una serie de acciones ordenadas y predecibles, para que el niño no se atemorice o confunda.

Por lo tanto, la predictibilidad entrega seguridad al niño, y de ese modo va aprendiendo que no todas las experiencias serán atemorizantes, y con el esfuerzo de ir anticipándole los eventos, él irá desarrollando una mayor regulación de su experiencia traumática. Es decir, aprender que «no siempre lo inesperado es doloroso».

— **Compromiso/inversión en el cuidado**: este aspecto es otra faceta esencial del ambiente mínimo de cuidado. Por inversión no se refiere a dar vuelta el cuidado, sino que está relacionado con cuánto invierte un adulto en términos del cuidado hacia los niños. Esta inversión puede ser económica, de tiempo, de cariño, de esfuerzo, etc. Este es un concepto tomado de la biología evolutiva, donde se ha demostrado ampliamente que cada tipo de animal invierte de forma diferenciada en sus crías. Algunas especies invierten solo en las crías sanas, o en las que nacen en primer lugar, mientras dejan morir a aquellas que presentan alguna enfermedad o anomalía genética, o un sexo determinado. Los humanos no estamos exentos de esas prácticas. Actualmente, en algunas sociedades se invierte más en los hombres que en las mujeres, o simplemente en aquellos niños que tienen más probabilidad de tener éxito en la vida. Esto ya se ha mencionado en los primeros capítulos, pero incluso el parricidio fue una práctica común en siglos anteriores. Igualmente, el dicho de que los padres quieren a sus hijos por igual, en la práctica no es real, ya que de modo no consciente (aunque algunos sí lo hacen de modo consciente) uno invierte más en aquellos hijos que calzan mejor con las expectativas de los adultos. Asimismo, desde otra área de investigación, se sabe que aquellas personas que más tiempo invierten en lo que hacen (sea un deporte, un pasatiempo, la profesión, el cuidado de los niños), más expertos, avanzados y útiles se van haciendo con el tiempo. Cuando se analizan las historias de personas que han contribuido en su materia a la sociedad, y/o en genios en algún área del actuar humano, no se observa solo una genialidad pura que aparece espontáneamente, sino que detrás de eso hay miles de horas de trabajo, ensayo y práctica, comúnmente desde temprana edad.

En lo que nos convoca, dado el nivel de sufrimiento y deterioro de los niños con TC, es sabido (pero no practicado), que ellos necesitan más inversión que el resto de los niños. Necesitan un cuidado comprometido que se traduzca en tiempo, recursos físicos y, sobre todo, recursos emocionales. Desafortunadamente, como son niños que viven en

estadísticas ocultas, suelen recibir menos que un cuidado relativamente adecuado, provocándoles un aumento progresivo en su deterioro general. En el caso de los profesionales, ocurre lo mismo: mientras más invierta el profesional en tiempo de estudio, de trabajo, de esfuerzo, la consecuencia inevitable es una mayor experticia y experiencia en lo que hace. Ya leer este libro es una inversión para los niños con TC.

— **Ausencia de estrés:** esta última característica no se refiere a que los niños nunca experimenten estrés, ya que la vida en sí misma implica aprender a experimentarlo. Aquí se refiere más específicamente a identificar si existe alguna acción, procedimiento, actitud que un adulto esté realizando y que provoque un estrés innecesario en el niño. Es sabido que muchas prácticas profesionales y de cuidado se realizan sin intención de provocar estrés a los niños, pero de todos modos les termina afectando, especialmente a los menores traumatizados. Pueden existir muchos ejemplos de estas prácticas, tales como el uso del «tiempo fuera» (pedir al niño que se retire a otro lugar para tratar de calmarse) en los hogares y jardines, o la ida al director (en los colegios), o cuando los psicólogos a veces administran una serie de pruebas a los niños, sin identificar si están tranquilos o aptos para rendir esas pruebas (a los niños con TC los sobreestresan ciertos tests), o cuando se sobremedica a niños para que estén «tranquilos», incluso cuando se usa un lenguaje un poco brusco y autoritario en madres cuando asisten a un control sano (haciéndolas sentirse como «malas madres»).

Los niños con TC necesitan de un cuidado especial (como los niños con ciertas enfermedades crónicas), una especie de «dieta sensible», y no se pueden realizar las mismas intervenciones en los niños traumatizados que las que se pueden hacer con niños sin experiencias traumáticas crónicas y severas. Lo anterior es más importante en el caso de los infantes de cero a seis años, donde se necesitan ayudas especializadas que respeten su constelación traumática, su edad y su emocionar asustado y descontrolado. Por lo tanto, esta última característica del ambiente mínimo esperable, implica analizar con mucho detenimiento las prácticas de cuidado y profesionales, y hacerse la pregunta de si algunas de ellas puedan estar sobrestresando innecesariamente a los niños. Este es un gran paso hacia la búsqueda de ayudas que realmente se adapten a las condiciones que implican vivir un TC.

Finalmente, es importante remarcar que esta guía sobre el «ambiente mínimo esperable para el desarrollo» puede servir de dos formas: como guía de evaluación del

estado del cuidado del niño (e indirectamente como medida de su nivel de seguridad emocional), así como de guía para el mejoramiento de las condiciones de cuidado de los niños en trauma. En el primer caso, el lector puede hacer el ejercicio de tomar a un niño en particular e ir analizando característica por característica en qué punto del continuo de cada una se encuentra. Recuerde que mientras más se aleje la vida cotidiana del niño de estos contextos de cuidado, menor desarrollo y adaptación se esperará, a corto y largo plazo. Puede serle muy útil intentarlo. En relación a lo segundo, esta guía puede servir como intervención que tenga el propósito de modificar o mejorar aquellas condiciones que estén en riesgo. Simplemente, debido a que eso es lo que necesita un niño en dolor para restablecer o establecer un nivel de seguridad emocional que le permita una vida sana y satisfactoria.

Reflexiones finales

Me gustaría concluir con dos reflexiones, una sobre el formato del libro y la otra sobre su tema.

Recuerdo haber tenido la oportunidad de leer la biografía de Michel Foucault. Para los que no lo conocen, él fue un importante filósofo francés de la segunda mitad del siglo XX, que proponía visiones revolucionarias sobre el lenguaje, el conocimiento y la influencia de los mismos en la historia de las sociedades. Una de las cosas que más me llamó la atención, es que Foucault, ya siendo relativamente conocido, había publicado en 1966 un libro llamado *Las palabras y las cosas*. Pero lo que me sorprendió fue leer que ese libro llegó a ser uno de los más vendidos en Francia en ese año (un best seller). Yo lo había leído antes de leer su biografía, y debo confesar que me fue muy difícil de entender (sin tener en esa época muchos conocimientos de filosofía), y al enterarme de que el libro en cuestión se vendía como una novela de moda, y la gente en los metros, los buses, los padres de familia, los profesionales de todo tipo, lo leían, me hizo pensar de que uno no se educa necesariamente al leer libros, sino que ciertos libros nos educan a nosotros, y reflejan los intereses, valores y cultura de cada sociedad. Algo así como «dime lo que lees y te diré quién eres», o bien: «las sociedades leen los libros que se merecen». Es decir, y esto lo decían los filósofos de la hermenéutica, el tipo de libro que una sociedad lee, refleja el tipo de pensamiento y su nivel de abstracción. A veces se lee para distraerse, pero otras veces se lee para comprender, y esa comprensión, al sumar a todos quienes leen en una sociedad, cambia el estilo del discurso, la opinión, el conversar, influyendo en la toma de decisiones sobre qué país se quiere para sí mismo y los otros. Es decir, los libros nos van modelando el tipo y profundidad de pensamiento que tenemos, y del mismo modo eso va determinando aspectos tan cotidianos, pero importantes, sobre el nivel y calidad del discurso de las personas, en los diferentes ámbitos de la política, la economía, la diversidad sexual, la cultura, el sentido de la existencia y, como solemos escuchar; «la pobreza de pensamiento y diálogo» que observamos en muchas personas que toman las decisiones de un país.

¿Qué tiene que ver esto con este libro? Lo que pasó con el libro de Foucault se ha ido

repitiendo en otros países, donde existe cada vez más el hábito de leer lo que acá llaman «divulgación científica». Libros sobre el funcionamiento del cerebro, la evolución humana, la física cuántica, la filosofía, el origen del universo y la vida en la tierra, se publican en un gran número cada año, y la gente (por lo menos en algunos países del hemisferio norte) los lee como si se tratara de una novela. Voy a darles un ejemplo sobre el tema que nos convoca en este libro. El año 2015, uno de los expertos mundiales en el estudio y tratamiento del trauma, Bessel van del Kolk, publicó el libro *Te Body Keep the Score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. La versión en español se tradujo como *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Para sorpresa de muchos (y del propio autor), el libro se convirtió en un best seller, con miles de copias vendidas, con nuevas ediciones en diferentes formatos (por ejemplo, DVD). Nuevamente, las personas leían un libro, de no difícil lectura, pero que contenía mucha información técnica y científica sobre el tema del TC. Está demás decir que los grandes y famosos científicos que han realizado aportes importantes en su campo de conocimiento, casi siempre terminan escribiendo un libro de divulgación científica.

Estos son ejemplos de un gran paso en la publicación de libros, donde la idea no es solo que los científicos que publican en revistas especializadas, se restrinjan a la divulgación de sus trabajos entre las reducidas comunidades de sus colegas que investigan el mismo tema. Se trata, en realidad, de abrir y educar a las sociedades sobre el impresionante acopio de conocimiento existente, que puede parecer muy «denso», pero cuyos contenidos, puestos de un modo fácil y didáctico, nos ayudan en muchos aspectos del diario vivir. Entonces, la idea es que no solo los científicos que publican en las revistas especializadas se lean entre ellos, sino que se abran a la comunidad general. Es como la etapa de psicoeducación del trauma, donde es fundamental que nos psicoeduquemos sobre lo que sabemos del mundo en que vivimos, y quizás, de esa manera, los temas de importancia para nuestra sobrevivencia como especie se reorienten a temas de preocupación mundial.

Explico todo lo anterior ya que quizás muchos lectores pueden pensar que el tema de este libro no es para ellos o que, a pesar de tratar de explicarlo del modo más didáctico posible resultó un libro muy «denso» y lleno de informaciones de diferentes áreas del conocimiento. Sin embargo, creo importante dar el paso a dejarnos educar por estos libros, y esperar que, con los años, el tipo de diálogo y comprensión sobre quiénes somos, cómo somos, qué buscamos, qué queremos, quiénes son nuestros hijos, por qué

somos tan emocionales y colaboradores pero asimismo tan egoístas y materialistas, qué tipo de sociedad honestamente estamos construyendo, y hacia dónde vamos, pueda ser parte no solo de especialistas, sino de todas las personas que puedan adentrarse en conocimientos válidos y actuales. Por eso este libro tiene el formato que tiene.

El segundo tema viene a reafirmar todo lo expuesto en este texto: el dolor en la infancia está «a la vuelta de la esquina», pero como lo hemos olvidado, negado y encubierto, no hemos desarrollado todavía la consciencia de su existencia. Y esa consciencia es algo que se debe ir construyendo, empezando a abrir los ojos, buscando en los otros y en nosotros mismos nuestro dolor oculto en la infancia. No para sufrir gratuitamente, sino para comprender que los ámbitos de la existencia humana van mucho más allá de lo que uno experimenta y, por ende, ampliar esa consciencia nos permitirá ampliar, a su vez, los bordes de la vida humana, que están ahí (y siempre lo han estado), pero como todavía somos una sociedad individualista (una de las más individualistas del mundo), centrada en la posesión de recursos materiales y económicos, y la búsqueda del éxito personal, no hemos podido avanzar en la conciencia colectiva que alguna vez tuvimos hace cien mil años (y de la cual hemos vivido durante el 93% de nuestra existencia como seres humanos). Esa conciencia colectiva está en nuestro funcionamiento biológico, por lo que se la debe despertar, y especialmente partiendo con el trauma infantil.

Mientras termino de hacer las últimas revisiones de este libro, dos noticias impactan nuestra realidad nacional: una niña de un año muere producto del maltrato crónico de parte de su padre. Sophia fue abusada, quemada con cigarrillos, maltratada físicamente hasta la muerte. Los comentarios de los medios de comunicación y de la población en general «despiertan» con este tipo de noticias, activando emociones de rabia y una conciencia momentánea del trauma infantil, y entonces el olvido del dolor de la infancia desaparece, llegando a discutirse incluso entre políticos una ley que abogue por la sentencia de muerte. Mucho se puede comentar sobre esto, pero hay un aspecto que es fundamental y se relaciona justamente con el objetivo de este libro: es urgente estar sensibilizado, formado e informado sobre esta realidad, no solo los padres, sino todos los profesionales y los que toman decisiones y trabajan con el bienestar infantil. En este caso en cuestión, la niña había sido ingresada catorce veces en un servicio de salud, debido a lesiones lo que demuestra las consecuencias nefastas de la falta de especialización en este tema. Durante años tratamos de sensibilizar al profesional de la salud y

posteriormente de educación, sobre cómo detectar tempranamente los signos del trauma, utilizando justamente el listado de CDS articulados en el último capítulo. Desconozco si eso tuvo algún impacto, pero lo relevante es que muchos profesionales hagan lo mismo y desenterremos este tema, para que se convierta en políticas públicas, investigaciones, intervenciones y documentos de fácil acceso a la gente. Personalmente creo, sin entrar en comentarios emocionales, que aquellos profesionales que vieron catorce veces a esa niña, deberían pedir disculpas públicas, no con el fin de acusarlos y criticarlos, sino como un ejemplo de que en la falta de conocimiento y sensibilidad en el dolor infantil se puede jugar la vida de uno o más niños. Noticias de torturas y muertes en otros países han ocurrido, y a veces incluso políticos y profesionales han tenido que hacer esas disculpas.

El otro caso es el de una niña de once años que fue secuestrada por un conocido de la familia, quien había estado privado de libertad por cinco años por abuso a menores. La familia es de una zona rural y no se tiene información si conocían los antecedentes de esta persona, quien se hizo pasar por una especie de brujo con conocimientos de un tesoro escondido que debían buscar con la niña, ya que ella tenía «habilidades especiales». Es otra noticia que impacta a nivel nacional, y que nuevamente confirma la urgente necesidad de tomar conciencia y conocimiento, de parte de los padres y cuidadores, de que el trauma es real, más frecuente de lo que se piensa; una epidemia oculta.

Por ahora, solo se espera que cuando el lector lea este libro, esas noticias no hayan perdido interés, y, si llegara a ser así, la idea es seguir trabajando para que el dolor de la infancia no permanezca en el olvido.

Notas

[1] B. A. van der Kolk, *Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for children with complex trauma histories*, Psychiatry Annals, 35, 5 (2005):, 401-8.

[2] Recomiendo al lector revisar la página web elaborada por una serie de expertos norteamericanos en el tema del trauma, quienes crearon la Red Nacional del Estrés Traumático en los Niños (Te National Child Traumatic Stress Network. www.nctsn. org). La página contiene no solo información diversa y útil para profesionales, sino que también tiene una sección muy amplia para padres, y se encuentra una versión en inglés y en español.

[3] L. de Mause, *Te Evolution of Childhood*, Te Psychohistory Press, New York, 1974.

[4] Small, M., *Kids: How Biology and Culture Shape the Way we Raise Young Children*. Anchor, 2002.

[5] Blaffer Hrdy S., *Mothers and Others. Te Evolutionary Origins of Mutual Understanding*; Belknap Press, Harvard, 2009.

[6] Rifkin, J., *La civilización empática: la carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis*, Paidós, 2014.

[7] Briggs-Gowan et al., *Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States*, Journal of Traumatic Stress 23, 725-733, 2010.

[8] Chu A. T., Lieberman A. F., *Clinical implications of traumatic stress from birth to age five*., Annual Review of Clinical Psychology, 6, 469-94, 2010; Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner, H. A., *Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort*; Development and Psychopathology, 19, 149-166, 2007; Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A., *Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort*.; Development and Psychopathology, 19, 149-166, 2007; Lyons-Ruth et al.; *Te worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the World Association of Infant Mental Health*; Infant Mental Health Journal, 38 (6), 695-705, 2017.

[9] Chisholm, K*., A three years follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romian Orphanages*, Child Development, 69 (4), 1092-1106, 1998.

[10] Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., Reed, A., *Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect.* Devolopmental Psychology, 36, 679-688, 2000.

[11] Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., *Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior*, Infant Behavior & Development, 28, 155-164, 2005.

[12] Perry, B., Szalavitz, M., *Te Boy Who Raised as a Dog: And other stories from a child psychiatrist notebook. What traumatized children can teach us about loss, love and healing*, Basic Books, 3d edition, 2017.

[13] Hart, H., Rubia, K., *Neuroimaging of child abuse: A critical review., Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 52, 1-24, 2012; Teicher, M. H., Samson, J. A., *Childhood maltreatment and psychopatohology: A case for ecophenotipic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes*., American Journal of Psychiatry, 170, 1114-1133, 2013.

[14] Karr-Morse, R., Wiley, M., *Scared Sick: Te role of childhood trauma in adult disease*, Basic Books, 2012.

[15] Gunnar, M. R., Vazquez, D. M., *Low cortisol and a flattening of expected daytime rythm: potential indices of risk in human development*, Developmental Psychopathology, 13, 515-518, 2001.

[16] Flinn, M. V., England, B. G., *Childhood stress and family environment*, Current Antropology, 36 (5), 856-866, 1995.

[17] Lieberman, A. F., Van Horn, P., *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*, Guilford Press, New York, 2008.

[18] Bowlby, J., *Attachment and Loss. Vol. 2. Separation*, Basic Books, New York, 1973.

[19] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., et al., *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adulta*., American Journal of Preventive Medicine, 14, 245-258, 1998.

[20] Lecannelier, F., *Apego e intersubjetividad*, Ediciones LOM, Santiago, 2009.

[21] Spangler, G., Grossman, K. E., *Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants*., Child Development, 64 (5), 1439-50, 1993.

[22] Herstgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., Nachmias, F., *Adrenocortical response to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships*., Child Development, 66, 1100-1106, 1995.

[23] Las conductas sexualizadoras son aquellas en las que el adulto trata al niño de un modo excesivamente íntimo, como uno se relaciona con su pareja (en momentos de intimidad afectiva). Estas conductas no necesariamente están relacionadas con el abuso sexual, sino más bien con trastornos de personalidad. Del mismo modo, se sabe que en muchas ocasiones los cuidadores no tienen conciencia de que están manteniendo estas conductas (a diferencia del abuso sexual).

[24] Lyons-Ruth, K., *Te Two-Person construction of defenses: Disorganized attachment strategies: Unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes.,* Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 2, 105, 2003.

[25] Es importante hacer notar que actualmente la institucionalización prolongada (por más de seis meses a un año) se considera una experiencia traumática, primero debido al abandono de los cuidadores significativos y en segundo lugar por el tipo de cuidado recibido en estas instituciones (por ejemplo, debido a la alta tasa de niños a cargo de pocos cuidadores).

[26] Lecannelier, F., Silva, J., Morales, R., Melo, R., Hoffmann, M., *Effects of an intervention to promote socio-emotional development in terms of attachment security: A study in early institutionalization in Chile*., Infant Mental Health Journal, 35 (2), 151-159, 2014.

[27] Lieberman, A. F., Amaya-Jackson, L., *Reciprocal influences of attachment and trauma: Using a dual lense in the assessment and treatment of infants, toddlers, and preschoolers*., en L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M. Greenberg (eds), *Enhancing Early Attachments: Teory, research, intervention and policy* (pp. 100-126)., Te Guilford Press, 2007.

[28] Ver libro *A.MA.R. Hacia un cuidado respetuoso de apego en la infancia*. Ediciones B, Santiago, 2016.

[29] Lecannelier, F., Programas de prevención en el fomento de la seguridad en el apego en contextos vitales del niño: La experiencia chilena., *Revista de Psicopatología & Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 20, 19-27, 2012; Lecannelier, F., *Programma di intervento per l'aumento della sicurezza nell´attacamento per bambini da 1 a 5 anni e le loro famiglie: A.M.A.R-Terapeutico.,* en A. Quiñones, P. Cimbolli, A. Pascale, M. G. Strepparava (eds), *Psicoterapia dei processi di significato personale. Manuale teorico-pratico* (pp. 181-192)., Casa Alpes, Roma: 2014; Lecannelier, F., *A.M.A.R.: Un modelo de intervención basado en el fomento del apego.,* en G. Posada, B. Torres, J. Causadias (eds.), *La Teoría del Apego: Investigación y aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego* (pp. 279-293)., Editorial Psimática, Madrid, 2014.

[30] Lecannelier, F., *Programa Apego y Trauma Complejo. Manual de intervención*., Universidad del Desarrollo/Ministerio del Desarrollo Social, Santiago, 2014; Lecannelier, F., Attachment & Complex Trauma: An intervention program for institutionalized infants (0-4)., en S. Goffman, Ch. Herreman (eds.), *Attachment and Psychopathology*., Springer, NewYork, 2017.

[31] Lecannelier, F., *Attachment & Complex Trauma: An intervention program for institutionalized infants (0-4)*., S. Goffman, Ch. Herreman (eds.), Attachment and Psychopathology., Springer, New York, 2017.

[32] Rescorla, N., et al. (2011)., *International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parent´s report from 24 societies*., Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40 (3), 456-467, 2011.

[33] Rescorla, N., et al *Behavioral/emotionals problems of preschoolers: Caregiver/teacher reports from 15 societies*., Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6, 1-14, 2012.

[34] David, D. H., Lyons-Ruth, K., *Differential attachment responses of male and female infants to frightening maternal behavior: Tend of befriend versus fight or flight*?, Infant Mental Health Journal, 26, (1) 1-18, 2005.

[35] Osofsky, J. D., Stepka, Ph., King, L., *Treating Infants and Young Children Impacted by Trauma. Interventions that Promote Healthy Development.,* American Psychological Association, 2017.

[36] Lecannelier, F., *El elefante en la habitación de la educación parvularia: apego y aprendizaje socioemocional.,* en A. Cespedes (ed.), *Las emociones van a la escuela, el corazón también aprende* (pp. 103-131)., Calpe & Abila, Santiago, 2013.

Edición en formato digital: marzo de 2018

© 2018, Felipe Lecannelier
© 2018, © 2018, Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.
Merced 280, piso 6, Santiago de Chile.

Diseño de la cubierta: Random House Mondadori, S.A.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-956-9977-22-0

Conversión a formato digital: Newcomlab, S.L.

Índice

Presentación	4
Capítulo 1	13
Capítulo 2	32
Capítulo 3	82
Capítulo 4	108
Reflexiones finales	173
Notas	177
Créditos	180